Rok XLV. Kraków 28 Kwietnia 1906. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych (Prof. Reiss) Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O stosunku rozwoju krętka bladego (*treponema pallidum Sch.*) do okresów kiły.

Skreślili

Dr Fr. Krzyształowicz, docent pryw. dermatologii Uniw. Jag. i Dr Michał Siedlecki, prof. biologii Uniw. Jag.

W piewszej naszej pracy [1]) stwierdziliśmy, że w zmianach zarówno pierwotnych, jak i wtórorzędnych, znaleźć można łatwo mniej lub więcej obfite krętki Schaudinn-Hoffmanna (*Spirochaete pallida Sch.*, *Spironema Vuillemin*, *Treponema pallidum*). Dalej zwróciliśmy uwagę na pewne szczegóły w ich ułożeniu: obok krętków pojedynczych spotyka się je nierzadko, ułożone po kilka razem podłużnie jakby w kolonie, dalej krętki, wybitnie grubsze od zwyczajnych, a wreszcie krętki, rozszczepione i splecione ze sobą. Zaznaczyliśmy zarazem, że rozszczepianie się krętków uważać można za okres podłużnego podziału, przebiegający podobnie, jak to Schaudinn opisuje co do krętka Ziemanna.

Po naszej pracy pojawił się cały szereg prac o tym przedmiocie, wskazujący mniej lub więcej dobitnie na obecność krętków w różnych zmianach kiły wczesnej i dziedzicznej nietylko w wydzielinach tych zmian, ale i w samych tkankach.

Szczególną wagę ma praca późniejsza Schaudinna [2]), który przy dalszych badaniach cech postaciowych obu przez siebie opisanych krętków (*sp. pallida* i *refringens*) zwraca głównie uwagę na to, że krętek blady ma na obu końcach ciała nitki, których brak krętkowi załamującemu światło. Błonę falującą widział Schaudinn wyraźnie tylko w tym drugim rodzaju krętków, sądzi jednak, że istnieje ona także i w krętku bladym, chociaż dotąd nie udało się uczynić ją widoczną.

Na mocy późniejszych naszych badań kilkudziesięciu przypadków [3]) różnych postaci kiły wczesnej stwierdzić możemy przedewszystkiem, że krętki blade można zazwyczaj łatwo rozpoznać po nitkowatem, ostro zakończonem ciele, oraz gęstych i stromych skrętach. Czasami jednak zauważyć można tak na materyale świeżym (żywym), jak i w preparatach ustalonych, że ciało krętków przy ruchu może się kurczyć (fig. 3) przez co staje się grubsze, a jego skręty mniej strome i mniej gęste tak, że grubości krętka bladego nie można zaliczać do znamion gatunkowych. Właściwem zatem znamieniem tego krętka są ostre jego końce (fig. 1).

Na tych krętkach skróconych i zgrubiałych spostrzeżono pierwszy raz jądro tych tworów, które zobaczyć można przy dobrem barwieniu którąkolwiek z używanych metod, nawet w krętkach cienkich (fig. 2). Jądro występuje zazwyczaj w części mniej skręconej i z początku sprawia wrażenie, jak gdyby krętek był przerwany. Pochodzi to stąd, że jądro, jak to bywa u niektórych pierwotniaków, zawiera bardzo mało chromatyny, która gromadzi się w karyosomie. To też przy dokładniejszem badaniu spostrzega się, że przestrzeń wolna w krętku jest otoczona ze wszystkich stron bardzo delikatnym zarysem; a niejednokrotnie widzieć można na jednym końcu jądra drobne ciemniejsze ciałko, jak gdyby rodzaj karyosomu.

Na mocy tych szczegółów: obecności jądra w ciele, mogącem się poruszać, a przez to i zmieniać kształt ciała — zaliczyć można krętek blady do pierwotniaków (*protozoa*).

Zwierzę to w postaci krętka może się dzielić podłużnie, — jak to opisaliśmy w pierwszej pracy, — tworząc postacie widełkowate lub splecione (fig. 4, 5, 6). Albo podzielone krętki mogą się obrócić o 180° i ustawić się w jednej osi, naśladując jeden duży krętek. Albo nawet krętki mogą się, nie tracąc związku między sobą, jeszcze raz podzielić, a wtedy spostrzedz można trzy lub więcej krętków, złączonych w jeden szereg (fig. 12).

Dotąd zatem mogliśmy mówić tylko o podziale bezpłciowym, — dopiero dalsze badania zmian kiłowych zaniedbanych, dłużej trwających, dały nam stanowcze wskazówki, że zwierzę to może zmienić swój kształt i przejść przez objawy rozrodu płciowego. Spostrzegaliśmy bowiem różne postacie przejściowe między krętkiem, a świdrowcem, a wreszcie i tę ostatnią postać (fig. 7, 8, 9). Przedewszystkiem widzieliśmy ciała, podobne do skurczonych krętków, ale nieco grubsze i obłe na jednym końcu, zawierające w najgrubszej części ciała jądro bez widocznego zrębu chromatynowego, ale opatrzone na końcu, zwróconym ku wydłużonej części ciała, podobnem ciałkiem (jak gdyby blepharoblast) i mające błonę falującą — czyli widzieliśmy typowy obraz świdrowca, dla którego zaproponowaliśmy nazwę: *trypanosoma*

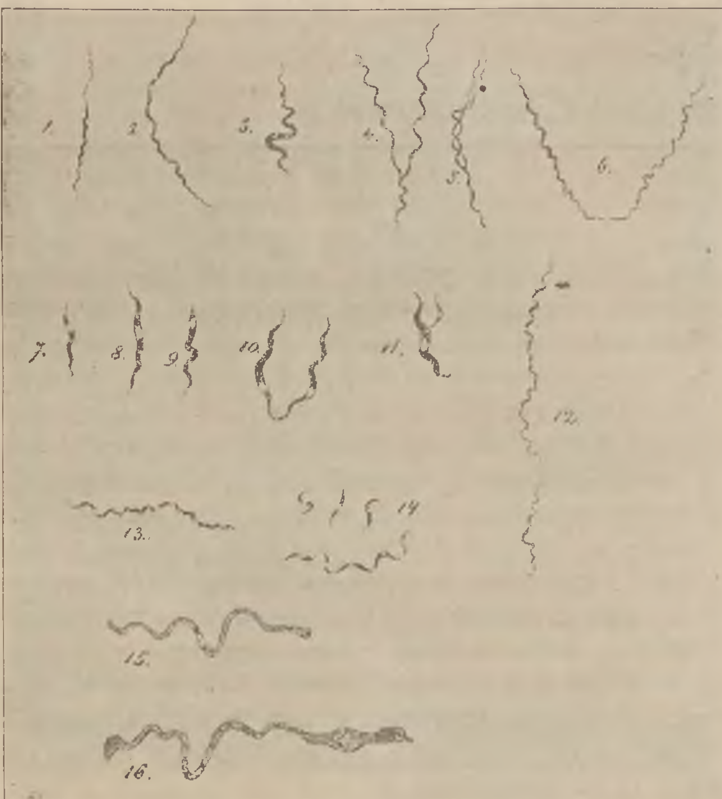
[1]) Przegląd lekarski, 1905, 31.

[2]) Deut med. Wochensch. 1905, str. 1665.

[3]) Obfitość materyału zawdzięczamy uprzejmości kol. prym. Dra Borzęckiego i Prof. Reissa, jakoteż asystentów Dra Stopczańskiego i Dra Lenartowicza.

[4]) Szczegóły znaleźć można w pracy naszej, ogłoszonej w „Rozprawach wydz. matem. przyrod. Akademii umiej. w Krakowie“, 1900. T. XLV. Ser. B.

luis [4]). Stwierdzenie, że krętek przejść może w postać świdrowca, jest wielkiej wagi, rzuca bowiem światło na przyrodę tworów, zwanych dotąd prątkami krętymi (*spirillum*) i zaliczanych do bakteryi. Dalej spostrzeżenia te zgodne są z zapatrywaniami Schaudinna [5]), który krętki uważa za pewną postać rozwojową świdrowców.



W historyi rozwoju krętka bladego świdrowiec odgrywa rolę żeńskiej komórki rozrodczej, makrogameta, — i nie traci możności rozradzania się przez podział podłużny, podczas którego jądro zdaje się ulegać pewnym przemianom (fig. 10).

Obok świdrowców widzieliśmy w tych samych preparatach postacie krętków, znacznie się różniące od zwyczajnych. Ciało ich było znacznie dłuższe i grubsze, przytem zawierały one po kilka jąder o wybitniejszych zarysach i ciałkach silniej zabarwionych, a chociaż skręty były nieco szersze, niż w zwykłych krętkach, to jednak końce ciała były wydłużone i ostro zakończone (fig. 13). Prócz nich znajdowaliśmy twory małe i krótkie o zaostrzonych końcach, zwinięte w jeden skręt wężykowaty i zawierające jądra. Czasami spostrzegaliśmy twory te w szereg ułożone, czasami w podziale podłużnym, podobnie jak zwyczajne krętki. Na mocy tych spostrzeżeń doszliśmy do wniosku, że te drobne twory powstają przez rozpad dużych wielojądrowych krętków, które utworzyć się mogą przez ściślejszy związek między osobnikami krętków, złączonymi w kolonię (fig. 14).

Te małe twory grają rolę komórek męskich, czyli mikrogametów, co stwierdziliśmy przez znalezienie zespalania się ich z osobnikami świdrowców (fig. 11). Dalszego rozwoju nie można było wyśledzić, przedewszystkiem zaś postaci powstałej po zapłodnieniu świdrowca, a przypuszczać tylko należy, że świdrowiec musi przechodzić w jakiś okres spoczynkowy, w jakiś twór, dotąd nam nieznany.

Prócz tych różnych postaci, które można było odnieść do krętków lub świdrowców, znajdowaliśmy jeszcze twory, których znaczenia na razie wytłómaczyć nie umiemy. Jedne, były to ciała rożkowato zgięte i na końcach zaokrąglone, opatrzone jądrem, inne okrągłe, także o wyraźnem jądrze, wielkością do $^1/_6$ średnicy krwinki czerwonej dochodzące, — trzecie wreszcie: twory wrzecionowate, proste lub nieco zakrzywione, o jednem lub więcej jądrach. Najwięcej uwagi zwróciły twory, znalezione w surowicy, wziętej ze sztucznie wywołanego pęcherza na powierzchni guzka kiłowego. Były to ciała podłużne, powyginane falisto, lecz nieregularnie, znacznie dłuższe i znacznie grubsze od zwykłego krętka; na końcach tych ciał spostrzegaliśmy rozszerzenia mniej lub więcej wyraźne, w niektórych nawet w płaty wyciągnięte. Plazma ich barwiła się słabiej, niż ciała krętków, a w niej widać było kilka jąder, rozmaicie ułożonych (fig. 15, 16).

Na razie trudno określić znaczenie tych zagadkowych tworów, nasuwa się jednak przypuszczenie, że mogły one być postacią rozwojową krętka bladego (*spirochaete pallida*).

Biorąc na uwagę te różne postacie krętków i ich przemiany, stwierdzić trzeba, że przynajmniej niektóre z nich odpowiadają pewnym postaciom klinicznym choroby. To też już dziś, — przypuszczając przez analogię z innymi tego rodzaju pasorzytami, że istnieją różne okresy rozwoju krętka bladego Schaudinna, — sądzić również należy, że rozwój pasorzyta jest przyczyną tego obrazu chorobowego, jaki widzimy w kile, a przedewszystkiem okresowego pojawiania się zmian. Na razie, nim badania pasorzyta w stosunku do różnych postaci chorobowych nie będą zupełnie pewne i stanowcze, połączenie to okresów rozwojowych zwierzęcia z okresami choroby musi pozostać w sferze mniej lub więcej pewnych przypuszczeń. Przypuszczenia takie co do zależności okresów choroby od jakości postaci pasorzyta wyraził Hallopeau [6]), mówiąc o stosunku kiły wczesnej do kiły póżnej i Lipschütz [7]), który widział w zmianach kiłowych krętki, niewątpliwie do typu bladego należące, ale innej wielkości i innego kształtu, niż zazwyczaj spostrzegane.

Skoro jad kiłowy dostanie się przez obrażony naskórek do ustroju, powstaje po pewnym (3—4 tygodni) okresie, wolnym od oddziaływania, w miejscu zakażenia naciek, który nazywamy pierwotnym objawem kiły (*sclerosis initialis*). Obrzęki gruczołów chłonnych pojawiają się prawie równocześnie, częściej jednak w pewien czas po pojawieniu się wrzodu. Już w chwili pojawienia się nacieku pierwotnego uważamy chorobę za ogólną, a nie miejscową — tak, że wycięcie nacieku, a nawet wyłuszczenie gruczołów chłonnych, najbliższych miejsca zakażenia, opóźnia wprawdzie najczęściej wystąpienie zmian ogólnych, ale im nie zapobiega. W niektórych przypadkach jednak stwardnienie pierwotne zdaje się być tylko objawem miejscowym, znane są bowiem przeszczepienia się wrzodów na miejsca sąsiednie.

W odniesieniu do znalezionych krętków przypuszczać zatem trzeba, że jad dostaje się do ustroju w postaci, zdol-

---

[5]) Generations- u. Wirtwechsel bei Trypanosoma u. Spirochaete. Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte. T. XX. Z. 3. 1904.

[6]) Journ. de mal. cut. et syph. 1905. 8, 9.

[7]) Deutsch. med. Woch. 1905, 46.

nej do rozrodu bezpłciowego, który następuje prawdopodobnie zaraz po dostaniu się krętka do tkanek ustroju i rozmnożywszy się w znacznej ilości, wywołuje powstanie nacieku w około naczyń powierzchownych skóry, jaki widzimy w zmianie pierwotnej. Możnaby przypuszczać zarazem, że rozwój nacieku w około naczyń warstw powierzchownych powłok skórnych stoi w związku z wymianą tlenu tej warstwy skóry lub może z wymianą materyi odżywczych, doprowadzonych do warstwy skóry, szybko się odnawiającej. Równocześnie pasorzyt przechodzi prawdopodobnie w tej postaci do gruczołów chłonnych najbliżej leżących i wywołuje tak w nich, jak i w drogach, przez które przechodzi, znamienne zmiany. Tem samem przyjąć trzeba napewno, że naczynia i gruczoły chłonne w otoczeniu miejsca wejścia jadu są zakażone. Jako dowód z kliniki przytoczyćby można tak częsty objaw stwardnienia naczynia chłonnego na grzbiecie prącia i tak często powstające nawroty w okolicy, zajętej pierwotnie przez wrzód stwardniały.

Zarazem jednak przypuszczać trzeba, że z chwilą rozmnażania się krętków powstają równocześnie i toksyny, które łatwiej i szybciej, niż same krętki, dostają się do obiegu krwi i wywołują odporność na jad, która trwa zazwyczaj przez całe życie zakażonego.

Wyjątkowe przeszczepianie się nacieku pierwotnego, zazwyczaj w sąsiedztwie lub w miejscu stykania się płaszczyzny wrzodu ze skórą przeciwległą, możnaby wytłómaczyć rozchodzeniem się krętków drogami chłonnemi w otoczeniu, gdzie miejscowe drażnienie wywołuje przekrwienie, sprzyjające najprawdopodobniej przez dowóz większej ilości materyałów odżywczych czynności rozrodczej zakażających istot. I stąd w miejscu drażnienia występuje wkrótce po pierwszym nacieku zmiana o znamionach nacieku pierwotnego. Tak samo w zmianach, powstających tak często w otoczeniu zmiany kiłowej pierwotnej na prąciu, a nie mających cech kiły, — znaleźliśmy dwa razy w dwóch badanych przypadkach wyraźne krętki blade.

Badania wydzieliny nacieku pierwotnego pouczają, że przypuszczenia te mają wybitną podstawę w różności postaci znalezionego rozmnażającego się jadu. W naciekach świeżych spostrzega się dużo krętków różnej długości, przeważnie dobrze rozwiniętych, — w wielu zaznacza się jądro, w niektórych widzi się podział podłużny, — inne układają się w podłużne kolonie. W naciekach, nieco dłużej trwających (2—3 tygodnie), ilość dobrze wykształconych krętków zmniejsza się znacznie, — spotyka się je tylko tu i owdzie w preparacie z wyciśniętej z nacieku cieczy surowiczej. Obok nich jednak spostrzega się drobne krętki, opisane powyżej, których ilość zwiększa się w ciągu trwania wrzodu. W jeszcze późniejszym okresie, kiedy naciek zaczyna się pokrywać od brzegów naskórkiem, typowe krętki trudno znaleźć, a pojawiają się postacie przejściowe i świdrowce (*trypanosoma*), z których niektóre znajdują się w okresie kopulacyi z mikrogametami.

Te szczegóły rozmaitej postaci pasorzyta w różnym okresie rozwoju nacieku pierwotnego są nader ważne, — bo zdają się dowodzić, że pasorzyt może się rozmnażać drogą bezpłciową tylko przez pewien szereg pokoleń, poczem zdolność do rozwoju bezpłciowego słabnie, a może i całkiem zanika. Dopiero przejście przez objawy płciowe powraca pasorzytowi na nowo możność rozradzania się przez prosty podział.

Najtrudniej wytłómaczyć z zachowania się pasorzytów czas wylęgania się choroby: — od chwili wejścia jadu do ustroju aż do czasu powstania nacieku pierwotnego, który rozwija się wtedy, kiedy zakażenie już jest ogólne.

Różny czas wylęgania się spostrzegamy prawie we wszystkich chorobach zakaźnych mikrobowych i w tych przypuszczamy, że dla rozwoju choroby potrzeba pewnej ilości mikrobów, które wchodząc przez wrota zakażenia do ustroju, w nim się rozmnażają. A zatem wnosić można, że i w zakażeniu krętkami kiłowymi potrzeba pewnego czasu, aż wytworzy się dostateczna ich ilość, która jest powodem powstania nacieku pierwotnego, a wytworzone przez nie toksyny obwiniać trzeba o uodpornienie całego ustroju, niezdolnego od tej chwili do zakażenia kiłowego. Szczepienia na małpach i badania krwi i wydzielin w tym okresie wylęgania mogą w przyszłości przyczynić się do wyświetlenia tej sprawy, do ugruntowania tego przypuszczenia. Analogiczny czas wylęgania spostrzegano i w zimnicy (do 12 dni), w której to chorobie przyczyną jest podobny jad, — i w tej zatem, istoty zakażające, dostające się do ustroju z kłującego owada, muszą się rozwinąć w ustroju i dopiero w chwili znacznego rozmnożenia się zakażających tworów występują nagle ogólne objawy choroby. W kile zaś pojawia się zmiana w miejscu zakażenia i obrzęk gruczołów chłonnych sąsiadujących bez wyraźnych objawów ogólnych, ale z uodpornieniem ustroju na jad kiłowy, — co do pewnego stopnia przemawia już za ogólnem zakażeniem ustroju.

Ten stosunek objawu pierwotnego do ogólnego zakażenia ustroju możnaby tłómaczyć tem, że z pomiędzy pasorzytów, rozwijających się we wrotach zakażenia, przeważna część pozostaje wśród tkanek, bezpośrednio dotkniętych zakażeniem; pewna tylko ilość krętków rozchodzi się odrazu, najprawdopodobniej przez narząd chłonny, po całym ustroju. Krętki, pozostające w znacznej ilości w miejscu, wywołują naciek pierwotny skutkiem bezpośredniego działania na otoczenie; niewielka przypuszczalnie tylko ilość krętków, rozchodzących się po ustroju, jest zbyt słaba, by wywołać równocześnie z pojawieniem się nacieku pierwotnego podobne zmiany i w innych tkankach, — jednakowoż może się znacznie przyczynić do wywołania uodpornienia całego ustroju.

Po pewnym czasie choroby utajonej, a względnie drugim okresie wylęgania kiły, występują w skórze wysypki ogólne, t. zw. drugorzędne, zajmujące duże obszary skóry, a nierzadko i błony śluzowe. Klinicznie zatem nazywamy te objawy ogólnym wybuchem choroby. Ale już ten pierwszy wybuch choroby ogólnej uważaćby można za nawrót choroby, który może się pojawiać w bardzo rozmaitej postaci.

W wielu przypadkach jednak spostrzega się jeszcze przed wybuchem wysypki objawy, świadczące o zakażeniu ogólnem. U jednych chorych na pewien czas przed wybuchem zmian w skórze, u innych prawie równocześnie z poczynającą się wysypką, pojawiającą się powoli na różnych częściach ciała, rozwija się ogólne osłabienie, ból głowy, często dreszcze i gorączka, do 40° dochodząca, — czasami wymioty lub inne przypady ze strony żołądka lub jelit.

Na mocy tych objawów przypuszczaćby zatem trzeba, że jad uorganizowany, odmłodzony po przejściu przez rozród płciowy, dostaje się w tym okresie wylęgania, odmiennym od pierwszego, — w którym wrzód jest zupełnie zagojony, —

do obiegu krwi i rozmnażając się bardzo szybko, wywołuje przepełnienie ustroju zakażającemi istotami, a tem samem jest przyczyną tych objawów ogólnych, o których poprzednio wspomnieliśmy.

Dotąd tłómaczono te objawy powstawaniem toksyn tak, że okres ten odnoszono raczej do zatrucia (*intoxicatio*), niż do zakażenia (*infectio*). Obecnie, kiedy jad jest nam znany, a po części i jego przyroda, możemy raczej przypuszczać, że to zakażenie, jadem rozmnażającym się, czy rozchodzącym się przez obieg krwi po całym ustroju, jest przyczyną powstawania takich objawów, jakie spostrzegamy nierzadko w różnych zakaźnych ostrych chorobach, mających także swe objawy w skórze. Ale tem samem przypuszczaćby należało, że muszą gdzieś w ustroju istnieć miejsca, w których są korzystne warunki dla rozrodu pasorzyta. Mimowoli nasuwa się myśl, że to narząd chłonny daje te pomyślne warunki dla ich rozwoju.

Badanie nacieków pierwotnych dłużej trwających, jakoteż gruczołów, dawałoby w tym względzie pewne wskazówki. Tu bowiem znajdowano, jak wspomnieliśmy, mało krętków, a mikrogamety i świdrowce, a czasami i ich zespolenia. Przypuszczać zatem można, że po kopulacyi powstają jakieś inne postacie albo po ich rozmnożeniu krętki, — i że te rozchodzą się przez obieg krwi, a może limfy po ustroju, który wtedy oddziaływa na to objawami ogólnymi. Dopiero w chwili osadzenia się tych odmłodzonych tworów w różnych miejscach skóry następuje wybuch wysypki w skórze, pojawiającej się nie odrazu na całej jej powierzchni, ale występującej powoli na brzuchu, grzbiecie i klatce piersiowej, a później dopiero na kończynach. Ważnem jest dodać, że w tym okresie choroby są obrzękłe najczęściej gruczoły chłonne nietylko pachwin, czy innych najbliższych miejsca zakażenia, ale i innych miejsc, w których gruczoły te mają swą siedzibę.

Przypuszczamy zatem, że jad rozchodzi się po ustroju w jakiejś innej postaci lub w postaci krętków, które powstają z komórki zapłodnionej i następowe bezpłciowe rozmnażanie jest przyczyną, podobnie jak w zmianie pierwotnej kiły, powstawania znamiennego nacieku w około naczyń, dającego klinicznie obraz plam, guzków i t. p. zmian. I znowu badania mikroskopowe pasorzytów z soku, wyciśniętego z wyciętego guzka albo cieczy surowiczej z pęcherza, na guzku wywołanego, — w przypadkach niedługo trwającej wysypki, przekonywało o obecności dużej ilości krętków, zazwyczaj długich i dobrze rozwiniętych. Natomiast w guzkach, istniejących czas dłuższy (4—10 tygodni) mimo, że nacieki w skórze były bardzo wybitne, ilość krętków była znacznie mniejsza, a spotykało się prócz tego drobne i skąpe świdrowce. W płynie zaś surowiczym, wziętym z pęcherzy, wywołanych na guzkach starszych, krętków długich zupełnie nie było, natomiast znaleźliśmy tu i owdzie świdrowce i ciała pełzakowate (amebowate), o których poprzednio wspomnieliśmy.

Badania gruczołów chłonnych stwierdziły obecność krętków, — ale dotąd nie przeprowadzono tych badań jeszcze tak ściśle, aby módz stwierdzić na pewno, czy istnieją w nich inne jakieś twory.

Znanym jest ogólnie, o czem wspomnieliśmy powyżej, wpływ drażnienia skóry na występowanie wysypek kiłowych. Dlatego obok wysypki ogólnej, zajmującej znaczne przestrzenie skóry, spotykamy większe nasilenie choroby w miejscach drażnionych, n. p. u kobiet tak często kłykciny sączące na wargach sromnych, u mężczyzn na skórze worka mosznowego, wewnętrznej stronie ud i koło otworu stolcowego. U palaczy powstają tak często zmiany w ustach i gardle, a w ogóle w skórze pojawiają się zmiany w miejscach narażonych na dłuższy ucisk, n. p. w pasie u kobiet. Bezwątpienia miejsca uciśnięte, czy drażnione, ulegają przekrwieniu, co z jednej strony sprowadzić może więcej pasorzytów w obszar drażnionej skóry, a z drugiej i lepsze warunki dla ich rozwoju.

Trudniej może wytłómaczyć powstawanie nawrotów kiły, które rozwijają się zazwyczaj bardzo nieregularnie co do czasu, miejsca zmian i ich rozłożenia. Pierwsza wysypka powstaje zazwyczaj prawie na całej powierzchni skóry, zajmuje duże obszary, — nawroty przeciwnie sadowią się częściej tylko na tułowiu i rozkładają się niesymetrycznie i skąpo w skórze lub błonach śluzowych. Przypuszczać zatem trzeba, że istota powstała po zapłodnieniu pozostaje nietylko gdzieś w określonem miejscu w ustroju, n. p. w gruczołach chłonnych, ale że może krążyć w obiegu krwi, a nawet osadzać się w naczyniach obwodowych skóry. Same przez się istoty te zmian nie wywołują, a wykwity kiłowe powstają dopiero wtedy, gdy z tych istot trwałych rodzą się krętki, wywołujące nacieki. Stąd we wszystkich zmianach krótko trwających, czy pierwszej wysypki, czy też nawrotów, znaleźć można łatwo mniej lub więcej obfite krętki, które przy dłuższem trwaniu wykwitów ulegają przeobrażeniom, o których poprzednio wspomnieliśmy, — i znowu wytwarza się twór stały po zapłodnieniu.

Z doświadczenia klinicznego wiemy, że ilość nawrotów nie jest stałą, że zależy najprawdopodobniej od własności osobniczych ustroju, która oddziaływa w różnym stopniu na istniejący w ustroju jad. Z ilości tych nawrotów, z ich postaci, nie można również wnosić, czy choroba wygasła w zupełności, — czy nie pojawi się po latach w postaci, którą nazywamy późną, czy trzeciorzędną. Nie zamierzamy zastanawiać się tutaj nad częstością pojawiania się tych zmian późnych, nad warunkami, w jakich występują, — nad całą tą sprawą tak często roztrząsaną w piśmiennictwie, ale dotąd ostatecznie nierozstrzygniętą. Ale mimowoli nasuwa się pytanie co do stosunku znanego jadu kiłowego do tych właśnie odrębnych zmian kiłowych późnych. Najwybitniejszą różnicą kliniczną jest ta okoliczność, że zmiany te sprowadzają zniszczenie tkanek tak, że po ich ustąpieniu pozostają mniej lub więcej wyraźne blizny. Badania histologiczne potwierdzają w zupełności obraz kliniczny, wskazują na tworzenie się wśród nacieku tworów olbrzymich, zarośnięcie naczyń, obumarcie całych przestrzeni tkanek. Poszukiwania krętków w kile późnej, tak różnych autorów, jak i nasze, dały jednak wynik ujemny tak, że na razie sprawa pozostaje tak ciemną, jak dotąd była, — odkrycie jadu kiłowego nie dało jak dotąd żadnych wskazówek, któreby sprawę tę wyjaśniły.

Szczepienia doświadczalne na małpach stwierdzają jednak z drugiej strony ciekawe szczegóły w tej sprawie: Finger uzyskał raz wynik dodatni po szczepieniu ściany kilaka, podobnie dwukrotnie Neisser. Obaj ci autorowie jednak nie wiedzą, jak długo w ich przypadkach choroba trwała, czy był to i co do czasu okres późny, czy też zmiany te wystąpiły w niedługi czas po przebyciu wrzodu pierwo-

tnego[8]). A doświadczenie kliniczne poucza nas znowu, że istnieją postacie kiły o przebiegu złośliwym, w których już we wczesnym okresie wystąpić mogą zmiany rozpadowe, czy to w skórze, czy nawet w narządach wewnętrznych. Badania nasze takich zmian w skórze w przypadkach kiły złośliwej stwierdziły obecność krętków, co wskazuje wraz z poprzedniemi doświadczeniami Fingera i Neissera, że w tych zmianach rozpadających się, — w których głównym objawem jest z początku zawsze silny naciek w około naczyń, — krętki także odgrywają ważną rolę. Sam zaś rozpad tkanki może być zawisły w równej mierze tak od następowych zmian w chorym ustroju, jak i zmienionej postaci pasorzyta, dotąd nam jednak nieznanej.

Obok tego nasuwa się także sprawa zaraźliwości kiły i jej okresów. Kiedy zaraźliwość ta ustaje, — właściwie nie wiemy; pojawienie się zmian o znamionach późnych nie dowodzi jeszcze wygaśnięcia zakaźności, jak tego dowodzą choćby powyżej wspomniane szczegóły, — kryteryum zatem żadnego nie ma. Z dotychczasowych badań przypuszczaćby można z największem prawdopodobieństwem, że, aby wywołać zakażenie, jad kiłowy dostać się musi do ustroju w postaci, zdolnej do rozrodu bezpłciowego, a zatem albo w postaci komórek zapłodnionych, albo w postaci młodych krętków.

Ważniejszą zdaje się być sprawa odporności ustroju zakażonego na jad świeży z poza ustroju. Wiadomo powszechnie, że już w chwili pojawienia się nacieku pierwotnego osobnik, nim dotknięty, jest odporny na zakażenie; jad z poza ustroju zatem wywoła u zakażonego poprzednio osobnika co najwięcej zmianę, odpowiadającą okresowi drugorzędnemu. Przypuszczaćby zatem należało, że właściwie skóra nie jest w całości na jad odporną — zwłaszcza, jeżeli się uwzględni pojawienie się wysypki, która nie mogłaby powstać w razie zupełnej odporności. Obok tego jednak widzimy nierzadko, że przeszczepienie innego jadu, drażnienia mechaniczne czy chemiczne skóry u kiłowych mogą wywołać wystąpienie zmian podobnych nawet w tym okresie, kiedy nie ma jeszcze objawów ogólnych wtórorzędnych. Te szczegóły dowodziłyby znowu, że jakikolwiek bodziec działa w tym razie podrażniająco i w ten sposób pobudza rozwój, albo wywołuje napływ istniejących w ustroju krętków do jakiegoś miejsca powłok skórnych, niezupełnie odpornego na jad. Możnaby zatem przypuszczać wraz z Neisserem, że istnieje odporność chwilowa, okresowa, występująca naprzemian z okresami, w których tej odporności nie ma. Wreszcie ze względu na rozwój jadu, na jego okresy i różne postacie możnaby przyjąć odporności różne, związane niejako z postacią okresową jadu. Dlatego w ustroju, nieoddziaływającym na istniejące w nim komórki zapłodnione, wystąpić mogą objawy, dla kiły znamienne, przez wprowadzenie weń krętków z drugiego osobnika lub też dostanie się krętków do powłok skórnych z samego ustroju, poprzednio zakażonego.

[8]) W ostatniej pracy („Deut. med. Woch.“ 1906 Nr. 13) stwierdza Neisser możność przeszczepienia części nierozpadłych kilaków bez względu na ich wiek, podczas gdy części martwe choroby nie wywołują.

Z oddziału chirurgicznego szpitala Izraelickiego w Krakowie.
(Prym. Dr Zygmunt Wachtel).

Wyniki lecznicze, osiągnięte zapomocą przekrwienia biernego w 312 przypadkach.

Podał
Dr Roman Glassner.

Rzadko kiedy nowy sposób leczniczy wzbudzał takie zajęcie w szerokich kołach lekarskich, jak podany niedawno pierwotnie przez Biera i jego współpracowników sposób leczenia spraw zapalnych o charakterze chirurgicznym zapomocą przekrwienia biernego. Może pierwszy raz zdarzyło się, że lubo patrzono na nowy sposób z pewnem niedowierzaniem, to jednak doświadczenia, jakie w tym kierunku podjęto, nietylko odbywały się w obrębie zakładów klinicznych i szpitalnych, lecz także odrazu w praktyce prywatnej wielu lekarzy. Złożyły się na to dwa czynniki: po pierwsze łatwość metody, która nie wymaga żadnych osobliwych przygotowań, ani specyalnego wykształcenia, przy bardzo prostych przyrządach; po drugie zaś ta okoliczność, że sprawy chorobowe, które leżą w zakresie leczenia przekrwieniem biernem, są nader pospolite i najczęściej chorzy zgłaszają się z niemi do lekarza-praktyka. Należy jeszcze i to uwzględnić, że lekarze-praktycy tem życzliwiej powitali tę metodę, że dzięki jej mogli nie zwracać się z drobnostkami do chirurga, lecz sami leczeniem kierować. Zyskali na tem i chorzy, których już same wyrazy: „chirurg, operacya“ bardzo przygnębiały i którzy nieraz woleli zaniedbywać leczenie, aniżeli zezwolić choćby na najmniejszy zabieg chirurgiczny. Nierzadko spotyka się w ambulatoryach chorych ze zastarzałymi i zaniedbanymi zastrzałami (*panaritium*) lub też próchnieniem (*caries*) jednego lub kilku członków palców, którzy z obawy przed nożem długi czas stosowali najrozmaitsze środki domowe, a tymczasem sprawa chorobowa postępowała, szerząc coraz większe zniszczenie.

Bier i inni starają się leczenie przekrwieniem biernem teoretycznie uzasadnić i chociaż niektóre sądy, przez nich wypowiedziane, nie zupełnie odpowiadają naszym zapatrywaniom i dotychczasowym pojęciom o patologii spraw zapalnych, to z drugiej strony nie można im odmówić sprytu, który nieraz i w zagadnieniach ściśle naukowych ma znaczenie, a nieraz kieruje naszą myśl na właściwe tory.

Ta niezupełna zgodność teoryi z praktyką nakłada na nas obowiązek nagromadzenia jak najbogatszego materyału kazuistycznego, zwłaszcza, że technikę leczenia przekrwieniem prawie każdy chirurg nieco zmienia, często z powodu trudności, nastręczających się w tym lub owym przypadku ze strony chorego lub lekarza, a często też świadomie, jako wyraz ciągłej dążności do uproszczenia wszelkich metod leczenia.

Z tego wychodząc założenia, opiszę wyniki, jakie osiągnęliśmy leczeniem metodą Biera w naszym szpitalu, stosując ją od kwietnia 1905 roku prawie we wszystkich przypadkach, jakie tylko nadarzały się, wskutek czego doszliśmy do dosyć pokaźnej liczby, bo do 312 przypadków. Ze względu na mnogość przypadków trudno opisywać poszczególne; postaramy się więc przedstawić je kolejno grupami, łącząc zmiany chorobowe o tym samym charakterze i nasileniu w jedną grupę, uwzględniając przytem wszelkie zbo-

czenia od zwykłego typu leczenia i od zwykłego przebiegu, aby przez nieodpowiednie uogólnianie nie dojść do fałszywych wniosków. Do wywołania przekrwienia biernego używaliśmy balonów ssących (baniek) najrozmaitszego kształtu i wielkości, stosownie do warunków miejscowych, w części zaś opasek elastycznych.

Pierwsza grupa obejmuje najrozmaitsze postacie czyraków i czyraczności (*furunculosis*) w liczbie 96 spostrzeżeń.

Tu bez żadnych zastrzeżeń możemy potwierdzić wielkie zalety metody Biera; bez względu na tło choroby otrzymaliśmy wyniki znakomite. Leczenie trwało od 3—6 dni, a przebieg był mniej więcej następujący: Jeżeli chory zgłosił się dość wcześnie, w okresie powstawania nacieku, to pod wpływem stosowania baniek naciek z dnia na dzień ustępował. Posiedzenie trwało trzy kwadranse; w tym czasie przykładało się ssawkę na 5 minut z przerwą trzechminutową. Już po pierwszem posiedzeniu chory doznawał zawsze wielkiej ulgi, podnosząc zmniejszenie się przykrego uczucia ciągnącego bólu i powrót swobody ruchów tej części ciała, która była zajętą czyrakiem. Szczególną ulgę odczuwali ci chorzy, u których czyraki były usadowione na karku, co zwykle pociągało za sobą utrudnienie i bolesność przy ruchach głowy.

Jeżeli zaś czyrak uległ już częściowemu zropieniu, to zazwyczaj przy pierwszem stosowaniu bańki ssącej gęsta treść ropiasta w postaci czopa wnikała do bańki, — w następnych zaś posiedzeniach ciemna treść krwawa; w tych przypadkach leczenie się przeciągało i trwało do 6 dni. Niekiedy wobec stwierdzonego ropienia wydobywaliśmy naprzód zapomocą strzykawki punkcyjnej ropę, a potem stosowaliśmy ssawkę. Taki był zwyczajny przebieg, a prawie nigdy nie byliśmy zmuszeni uciekać się do innych zabiegów chirurgicznych.

Raz jeszcze zwracam uwagę na zjawiska takie, jak zelżenie bólu i swoboda ruchów, są one bowiem bardzo dla leczenia sposobem Biera znamienne i powtarzają się w naszych przypadkach stale, bez względu na samą postać chorobową.

Drugą grupą obejmujemy czyraki cięższe (*carbunculus*). Razem przypadków 48. Przebieg i leczenie zupełnie takie, jak wyżej, z tą tylko różnicą, że zamiast ssawek używaliśmy większych balonów, rozrzedzając powietrze osobną pompką. Te czyraki bowiem kilkakrotnie dochodziły 20 cm. średnicy. Jeżeli sobie przypomnimy, iż w tych przypadkach nieraz już musiano się uciekać do większego zabiegu operacyjnego, a następowe leczenie trwało kilka tygodni, to dopiero zrozumiemy wielkie korzyści leczenia przekrwieniem Biera, zwłaszcza, że w naszych przypadkach leczenie to zawsze wystarczało. Leczenie trwało średnio 10—16 dni. Tu zwrócić musimy uwagę na jedną, nader ważną okoliczność. Wiadomo, że takie cięższe czyraki nagabują chętnie osoby, cierpiące na cukrzycę. Zabieg krwawy u tych chorych uchodzi za piętę achillesową chirurgów; rozporządzając więc inną metodą leczniczą, bezkrwawą, skuteczną, a przeważnie krótszą, nie można znaleźć dość słów zachęty do stosowania jej właśnie szczególnie w takich przypadkach. Leczyliśmy przekrwieniem biernem 4 czyraki u chorych na cukrzycę, wszystkie z wynikiem zupełnie dobrym.

Następna grupa obejmuje gruczolaki limfatyczne i zapalenia gruczołów limfatycznych (*lymphomata i lymphadenitis acuta non suppurativa*). Razem przypadków 29. Co do pierwszych, to w podobny jak wyżej sposób, stosowaliśmy na gruczoły ssawki. Wyniki były różne. O ile w kilku przypadkach stanowczo można było stwierdzić zmniejszenie się gruczołu, to z drugiej strony przyznać trzeba, że w przeważnej części tych przypadków żadnego wyniku nie osiągnęliśmy. Wręcz przeciwnie było przy zapaleniach gruczołów; tu, o ile chory dość wcześnie się zgłosił, kiedy sprawa jeszcze nie przeszła w ropienie (o którem niżej przy ropniach), bez innej pomocy wynik był dobry, to znaczy, że naciek zwolna zupełnie ustępował.

Nieco dłużej zatrzymać się musimy nad grupą, obejmującą przypadki zapalenia sutka (*mastitis*). Liczba tych przypadków dochodzi do 31.

Z cierpieniem tem lekarz w codziennej praktyce nader często się spotyka. Leczenie dawnym sposobem, przez liczne nacięcia z następowem sączkowaniem gumowemi rurkami, trwającem prawie zawsze kilka tygodni i wywołującem bliznowate zeszpecenie piersi — było dla kobiet, dotkniętych tem cierpieniem, długim okresem fizycznego i moralnego udręczenia; zwrócić trzeba uwagę i na to, że zapaleniu sutka podlegają przeważnie kobiety młode, które pomimo zupełnego braku próżności nie mogły nigdy obojętnem okiem patrzeć na estetyczne skutki dawnej metody leczenia, o czem i lekarz ma obowiązek pamiętać. Ale natem nie koniec. Zniszczenie całego szeregu przewodów gruczołowych wskutek szerokich nacięć i drenowania nie jest dla osoby karmiącej rzeczą obojętną. Ileż to razy gruczoł sutkowy po przebyciu takiego leczenia utracił zdolność wytwarzania pokarmu! Porównując teraz dobre wyniki leczenia zapalenia sutka przekrwieniem biernem, mając na względzie, że metoda ta zaoszczędza chorej wiele cierpień, że nie zeszpeca piersi i czynności gruczołu nie upośledza, największy nawet sceptyk zachęci się do stosowania przekrwienia biernego choćby tylko w tej sprawie chorobowej.

Postępowanie nasze w zapaleniach sutka było następujące. We wczesnym okresie stosowaliśmy duże balony ssące na całą pierś codziennie przez trzy kwadranse z 3-minutową przerwą po 5 minutach (jak wyżej). Bardzo często to wystarczało i naciek po kilku dniach ustępował. Jeżeli zaś znaleziono jakieś miejsce chełboczące, czy to przy zgłoszeniu się chorej, czy też dopiero w toku leczenia, to bezzwłocznie albo zwyczajną strzykawką punkcyjną albo też przyrządem Potaina wypuszczaliśmy ropę, a następnie w sposób zwykły stosowaliśmy balon ssący. W wyjątkowych przypadkach, gdy chełbotanie było na większej przestrzeni, robiliśmy małe nacięcie, a właściwie nakłucie nożykiem kończastym, poczem przykładaliśmy balon. Nigdy nie sączkowaliśmy (drenami). Ranę opatrywaliśmy tylko powierzchownie. Najkrótszy czas leczenia wynosił 5 dni, najdłuższy 29.

Z kolei omówimy najrozmaitsze rodzaje ropni (*abscessus*), leczone również tą metodą, t. j. stosowaniem baniek ssących. Było ich 54. Nie dzieląc tych przypadków według tła i źródła ropni, gdyż dla leczenia jest to obojętne, zaznaczamy tylko, że mowa tu o ropniach ograniczonych i otorbionych, a nie o ropieniu rozlanem (o czem poniżej będzie mowa), a mających postać obrzęków ściśle ograniczonych, chełboczących. Rozumie się więc samo przez się, że niejedna postać chorobowa z poprzednich grup i tu się

znajduje, o ile przeszła w ropień. Tu zawsze przed stosowaniem bańki wypuszczaliśmy ropę albo strzykawką, albo przez nakłucie końcem spiczastego nożyka, poczem bezpośrednio przykładaliśmy bańkę ssącą tak, że cała treść ropna przez bańkę bywała wsysaną. Po 5-minutach bańkę zdejmowaliśmy, a po 3-minutach przerwy znowu przykładaliśmy i tak naprzemian przez 3 kwadranse. Opatrzywszy otworek całkiem powierzchownie przylepcem, polecaliśmy choremu zgłosić się nazajutrz. Podczas dalszych posiedzeń nigdy już prawie nie znajdowaliśmy w przystawionej bańce treści czystoropnej, lecz raczej treść rzadką, surowiczokrwawą z ledwo dostrzegalną przymieszką ropy. Podkreślam to zjawisko, albowiem ono stale się powtarza także przy ropowicach (*phlegmone*), leczonych opaską Biera, o czem niżej będzie mowa. W ten sposób leczyliśmy wszystkie prawie ropnie w ostatnich czasach. Nigdy nie nacinaliśmy szeroko, unikając przez to szpecących blizn.

Zanim przejdę do omówienia spraw zapalnych, leczonych opaską Biera, wspomnę jeszcze o 5 przypadkach przetok, powstałych po ropniach ostrych, i jednym przypadku przetoki po ropniu zimnym, również leczonych bańką ssącą. Leczenie trwało znacznie dłużej, jednak cel osiągnięto, przetoka bowiem wreszcie się zamknęła i zabliźniła.

Nawiasowo warto też wspomnieć o wysięku przy- i pozamacicznym, leczonym na oddziele ginekologicznym naszego szpitala również balonami ssącymi. Wysięk z dnia na dzień się zmniejszał, wreszcie w zupełności ustąpił. W innym przypadku wysięku przymacicznego osiągnięto znaczną poprawę. Wreszcie nie mogę także pominąć korzystnego wpływu przekrwienia biernego, którem 4 razy próbowaliśmy leczyć rany, gojące się przez gojenie pośrednie (*per secundam intentionem*). Przez stosowanie baniek ssących zyskaliśmy znacznie na czasie, a chorym oszczędziliśmy wielu cierpień, nie wprowadzając w rany sączków, lecz tylko przykładając powierzchownie na ranę gazę kseroformową.

We wszystkich powyższych przypadkach, bez względu na to, do której grupy należały, wywoływaliśmy przekrwienie bierne zapomocą zwyczajnych baniek ssących lub większych balonów, w których rozrzedzaliśmy powietrze specyalnemi pompkami, tak zw. przyrządami ssącymi Klappa. Wynika z tego, że przekrwienie wywoływaliśmy bezpośrednio w miejscu, zajętem cierpieniem, w granicach widocznych zmian chorobowych.

W drugi dział ujmuję przypadki, w których przekrwienie bierne wywoływaliśmy przez zakładanie opasek elastycznych najdalej obwodowo od siedziby sprawy chorobowej. Należą tu przeważnie cierpienia chirurgiczne na górnych i dolnych kończynach i na głowie. Opaskę zakładaliśmy na przeciąg 20—22 godzin. Zazwyczaj powstawał znaczny obrzęk całej kończyny poniżej opaski. Zawsze przestrzegaliśmy, aby tętno w tętnicy obwodowej było wyraźnie wyczuwalne, przez co unikaliśmy nadmiernego ucisku, który mógłby wywołać złe następstwa.

Zastrzały i ropowice (*panaritia et phlegmone*). Razem przypadków 24. Łączymy te dwa cierpienia, albowiem idą one w parze, a właściwie pozostają do siebie w przyczynowym stosunku. Czas leczenia zależnie od nasilenia choroby trwał od 5—29 dni. Najlepsze wyniki mieliśmy w tych przypadkach, w których nie doszło jeszcze do znaczniejszego zropienia, a mimo to istniało powikłanie ze strony naczyń i gruczołów chłonnych. Tu wyniki i skutki były doskonałe. Przykry ból szybko ustępował, chory po założeniu opaski czuł znaczną ulgę, a narzekał na bóle tylko w ciągu dwugodzinnych przerw, w których się go pozostawiało bez opaski. Zmiany chorobowe szybko ustępowały; nieraz już w drugim dniu nie było ani śladu z różowych smug naczyń chłonnych, ruchomość w palcu, dotkniętym zastrzałem, szybko wracała. Po 5 dniach następowało zwykle zupełne wyleczenie drobniejszych zastrzałów. W tych przypadkach, w których doszło do zropienia, lub w których wzdłuż kończyny wystąpiła rozleglejsza ropowica, robiliśmy zawsze małe nacięcia, często nawet w kilku miejscach, celem wypuszczenia ropy i opatrzywszy rany powierzchownie bez sączkowania — zakładaliśmy opaskę na 22 godzin. W dniach następnych z ran wydobywała się już nie ropa, lecz, jak wyżej wspomnieliśmy, treść surowiczo-krwawa. Poniżej opaski skóra na małej przestrzeni bywała stale żywo zaczerwieniona, połyskująca, niebolesna. Zaczerwienienie to utrzymywało się przez cały czas leczenia i ustępowało najpóźniej ze wszystkich objawów. W jednym przypadku w miejscu tego ognistego zaczerwienienia wytworzył się powierzchowny ropień. U wszystkich chorych gorączkujących ciepłota przy tem leczeniu najpóźniej w trzecim dniu wracała do poziomu prawidłowego. A uprzytomnijmy sobie obraz tych cierpień, leczonych dawnym sposobem operacyjnym, zwłaszcza wtedy, jeżeli sprawa zapalna szerzyła się w głębszych warstwach wzdłuż ścięgien. Szeroko otwarte rany, nieraz w kilku miejscach, obnażone nerwy i ścięgna, długi okres leczenia, nader bolesne zmiany opatrunków z powodu koniecznego sączkowania, obumieranie ścięgien, szpecące blizny i zniekształtnienia po wyleczeniu, upośledzona, a nieraz na zawsze stracona ruchomość kończyny i wskutek tego niejednokrotnie utrata możności zarobkowania, — wszystko to chyba dostatecznie wskazuje, jak powinniśmy ocenić metodę, która tego wszystkiego nie wywołuje. Oczywiście zdarzyć się może, że tu i owdzie mimo to trzeba się uciec do większych zabiegów krwawych, ale to chyba nie zmniejsza wartości leczenia przekrwieniem biernem. W naszych przypadkach leczenie to wystarczyło.

Z innych chorób kończyn, leczonych sposobem Biera, wymienimy 3 przypadki ostrego zapalenia stawu kolanowego: jeden z powodu urazu, dwa z niewyśledzonej przyczyny. We wszystkich zakładaliśmy opaskę powyżej kolana mniej więcej w połowie uda również na 22 godzin. Pierwszy z tych chorych opuścił szpital po 2 tygodniach uleczony bez żadnej innej pomocy, drugi po 4 tygodniach, również uleczony, lecz w tym drugim przypadku 2 razy wypuściliśmy ropę przyrządem Potaina. Osobno wspomnieć należy o następującym przypadku: Na jakie trzy tygodnie przed stosowaniem u nas metody przekrwienia biernego przywieziono do naszego oddziału 14-let. chłopca, przesłanego przez krakowską miejską Kasę chorych, u którego po urazie (siekierą) powstało ostre ropne zapalenie stawu kolanowego z wysoką gorączką. Dr. Wachtel otworzył szeroko staw, wypuścił ropę i założył gumowe sączki. Mimo to utrzymywała się gorączka, oraz niezwykła bolesność przy najmniejszych już ruchach; przy zmianie zaś opatrunków ciągle stwierdzano ropienie. W tym czasie odbył się zjazd chirurgów w Berlinie (kwiecień, 1905), na którym obser-

niej omawiano sposób leczenia przekrwieniem biernem. Poraz pierwszy po powrocie ze zjazdu zastosował Dr Wachtel tę metodę w tym właśnie przypadku. Wyjął sączki, zaniechał sączkowania, a opatrzywszy powierzchownie ranę, założył opaskę elastyczną na 22 godzin. Skutek był zdumiewający. Już nazajutrz stwierdzono znacznie mniejsze ropienie, a co ważniejsza, bolesność prawie znikła, ciepłota wieczorna spadła z 39° C. na 37·6° C. Przy dalszem leczeniu przekrwieniem stan z dnia na dzień o tyle się poprawiał, że w 12 dniu chory opuścił szpital, prawie uleczony, z utrzymaną ruchomością w stawie.

Dalej stosowaliśmy leczenie sposobem Biera w 2 przypadkach zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis acuta*). W jednym sprawa zapalna szerzyła się w okostnej wzdłuż kości goleniowej; chory wysoko gorączkował. Opaskę założyliśmy powyżej kolana. Bole na drugi dzień zupełnie ustąpiły, gorączka również się obniżyła. W 8 dniu choroby stwierdzono na małej przestrzeni chełbotanie; przez małe nacięcie wypuściliśmy ropę i dalej stosowaliśmy opaskę, opatrzywszy ranę powierzchownie. W 3 tygodnie chory zaczął chodzić, a w tydzień później opuścił szpital, jako uleczony.

W drugim przypadku leczenie sposobem Biera nie odniosło skutku. Mimo bardzo skrzętne leczenie sprawa chorobowa ciągle postępowała, cała kość piszczelowa (*tibia*) uległa zniszczeniu; przy następowej operacyi usunęliśmy prawie pół chorej kości, lecz i to nie wystarczyło. Chory ciągle gorączkuje tak, że trzeba będzie odjąć kończynę powyżej kolana.

Raz próbowaliśmy użyć opaski przy wrzodach podudzia na kończynie, zajętej żylakami. Pod wpływem przekrwienia zmniejszyło się sączenie z wrzodów i pojawiła się pewna skłonność do zabliźniania się ich; czy to jednak należy uważać za skutki przekrwienia, czy też tylko wypoczynku i bezgnilnego opatrywania, nie da się rozstrzygnąć.

Z kolei omówię sprawy zapalne, usadowione na głowie, a leczone przekrwieniem biernem przez założenie opaski elastycznej naokoło szyi. Są to 4 przypadki zapalenia wyrostka sutkowego, poprzedzonego zapaleniem ucha środkowego. Pierwszy dotyczył chłopca 17-letniego, który zgłosił się do nas z wysoką gorączką, wielką bolesnością wyrostka sutkowego i całej kości w otoczeniu. Poza uchem obrzęk, przez który w głębi czuć nieznaczne chełbotanie. Miejsce to lekko nakłuliśmy końcem spiczastego noża i wydobywszy ssawką kilka cm.^{3} ropy, przez otwór wsunęliśmy zgłębnik, stwierdzając zapomocą niego próchnienie kości, — kość była bowiem zupełnie obnażona i przytem chropowata. Następnie założyliśmy opaskę elastyczną na szyję i pozostawiliśmy ją przez 22 godzin, opatrzywszy miejsce nakłute powierzchownie gazą i przylepcem. Już w drugim dniu nastąpiła pewna poprawa tak ogólnego, jak i miejscowego stanu: Chory swobodniejszy, bole głowy ustąpiły, gorączka opadła, miejscowy naciek za uchem mniejszy, małżowina uszna mniej odstaje, z nakłutego miejsca prawie nic się nie wydziela. Zdjęliśmy opaskę na 2 godziny, poczem znowu założyliśmy ją na 22 godzin. I tak postępowaliśmy przez dni 21, poczem chory jako zupełnie uleczony opuścił oddział. Do dnia dzisiejszego chory zgłasza się do nas od czasu do czasu i uzdrowienie utrzymuje się w zupełności (przypadek ten był przedstawiony na posiedzeniu krak. Tow. lek.).

W drugim przypadku, dotyczącym kobiety 34-letniej, przy coprawda mniejszem nasileniu choroby, wynik był również zupełnie zadowalniający. Chora ta już po 7 dniach opuściła oddział i tylko jeszcze przez dalszych 5 dni stosowano przekrwienie, lecz założywszy opaskę pozwalaliśmy chorej pójść do domu, polecając jej zgłosić się znowu po 22 godzinach. W obu tych przypadkach leczenie to stosowano bardzo wcześnie, t. j. w kilka dni po wystąpieniu pierwszych objawów choroby.

W dalszych 2 przypadkach, dotyczących jednorocznych dzieci, leczenie sposobem Biera nie wystarczyło; ponieważ stan się nie poprawiał, musieliśmy wykonać radykalną operacyę usunięcia wyrostka. Zaznaczyć jednakowoż muszę, że były to sprawy już raczej przewlekłe, — ropotok z ucha trwał przedtem długo, — a operacya stwierdziła znaczne zniszczenie wyrostka i okolicy, raz nawet już ropień nadoponowy (epiduralny). Na tem kończy się właściwie nasz materyał. Pozostaje tylko jeszcze 5 przypadków zapalenia stawu kolanowego i jeden stawu skokowego na tle gruźliczem, w których również stosowaliśmy przekrwienie bierne. Wspominam o tem tutaj osobno, choć według naszego ugrupowania można było włączyć te przypadki w poprzednio przytoczoną grupę zapaleń stawów; jednakże te przypadki gruźlicy stawów wraz z owymi 2 przypadkami przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego stanowią w istocie grupę odrębną, spraw przewlekłych, które także usiłowaliśmy leczyć przekrwieniem biernem. Powodów do zapalania się do tej metody przy cierpieniach przewlekłych, a zwłaszcza gruźliczych, nie mamy. Zaledwie 2 razy przy gruźlicy stawu kolanowego można było stwierdzić nieznaczne polepszenie; w innych żadnego skutku nie osiągnęliśmy i musieliśmy się uciec do innych sposobów leczenia. Równie ujemny był wynik stosowania przekrwienia biernego w jednym przypadku zesztywnienia stawu kolanowego (*ankylosis*) po ostrem zapaleniu gośćcowem.

Tak przedstawia się nasz materyał i nasze wyniki lecznicze, uzyskane sposobem Biera. Bądź co bądź liczba naszych spostrzeżeń, dość znaczna, upoważnia nas do wypowiedzenia naszego zdania, a jest ono następujące: Leczenie przekrwieniem biernem uwieńczone bywa zwykle dobrym skutkiem w przeważnej liczbie cierpień, wchodzących w zakres tak zw. „małej“ chirurgii i dlatego lekarz praktyczny, pamiętając o tem, nie powinien nigdy tej metody pomijać, o ile ma sposobność jej użyć; metodą tą bowiem może posługiwać się z pożytkiem dla siebie i dla chorego, zwłaszcza, że metoda bardzo prosta, a potrzebne przyrządy nader tanie. Im wcześniej ją zastosuje, tem wyniki będą lepsze, albowiem bardzo często wstrzyma rozwój niektórych spraw zapalnych. Lecz i chirurg nie powinien metody tej lekceważyć, jak bowiem wskazują doświadczenia nasze i innych autorów, niejednokrotnie sposób ten zdoła zastąpić poważniejsze zabiegi operacyjne.

Wszelkie zmiany opisanej powyżej techniki wywoływania przekrwienia, zwłaszcza zaś zakładanie na czas krótszy opasek elastycznych, aniżeli na 20—22 godzin, opóźniały wyleczenie i dość często zmuszały nas do stosowania dłuższego przekrwienia. Nie mamy więc najmniejszego powodu, aby zmieniać czas przekrwienia, zalecony przez samego Biera.

W końcu spełniając miły obowiązek składam podziękowanie prymaryuszowi naszego oddziału Drowi Wachtlowi za łaskawe rady i wskazówki.

Z c. k. powszechnego Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie.

O zafałszowaniu przypraw korzennych w Galicyi.

Podał

Dr. Leonard Bier
inspektor zakładu.

Mianem przypraw korzennych obejmujemy rozmaite części roślinne, używane w kuchni dla nadania potrawom przyjemnego zapachu i smaku. Stopień ich użycia przy przyrządzaniu potraw w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia zmniejszył się znacznie w porównaniu do tych zwyczajów, jakie panowały pod tym względem w starożytności, wiekach średnich, a nawet w czasach naszych. Czytając opisy uczt na dworze cezarów rzymskich, sposób przyprawy ryb w klasztorach w 4. wieku po Chr., przeglądając „Dworzanina“ naszego Łukasza Górnickiego, opisy życia naszej szlachty w późniejszym okresie Rzeczypospolitej i po jej rozbiorze, a i jeszcze z opowiadań osób starszych, przekonujemy się, że wiele z dawniejszych przypraw korzennych, jak piżmo, ambra, drzewo santałowe, brezylia, korzeń kurkumy i smrodzieniec (*asa foetida*) nie tylko nie są obecnie znane jako przyprawy kuchenne, ale ilość t. zw. korzeni, używanych obecnie jako przyprawa do potraw, nawet wykwintnych, rzadko przekracza liczbę kilku, gdy dawniej bardzo często przenosiła liczbę 20. Tak wiele przypraw korzennych przy sporządzaniu potraw zużywano oczywiście tylko w domach zamożnych; ludność uboga dawniej znacznie więcej, niż obecnie, przyrządzała swój pokarm bez przypraw, lub w bardzo ograniczonym używając ich zakresie. Przyczyny tego szukać oczywiście należy w wysokiej ówczesnej cenie tak powszechnych obecnie przypraw, jak cynamonu, pieprzu, goździków i t. d., służących dawniej, jeszcze na początku czasów nowożytnych, nawet za rodzaj monety, którą miasta wypłacały okup zwycięzcom. Dziś tych dawniej drogich przypraw korzennych używa się tak powszechnie, że bez przesady twierdzić można, iż znane są one dobrze w chacie najuboższego kmiecia i w rodzinie biednego wyrobnika.

Mimo rozszerzenia w krajach południowych uprawy korzeni, używanych najpowszechniej, mimo taniości tych przypraw, odsetek zafałszowanego towaru, napotykanego w handlu, nie jest wcale mały, a nawet, twierdzić można, jest niepomiernie większy, niż w owych czasach, kiedy wysoka cena przypraw korzennych większy, niż obecnie, dawać mogła zysk w razie ich zafałszowania. Dla poparcia tego przytoczę kilka danych z praktyki prof. Moellera i prof. Nevinnyego, oraz z doświadczeń naszego zakładu. Na 54 prób pieprzu, pobranych w drobnych handlach w Wiedniu w r. 1886, znalazł Moeller 51 zafałszowanych, Nevinny w Insbrucku na 24 prób 5 niezafałszowanych prób pieprzu, zaś z 26 prób cynamonu tylko 6 niezafałszowanych. Doświadczenie naszego zakładu z lat 1898—1905 (8 lat) stwierdza, że z próbek, przesłanych zakładowi przez władze rządowe i administracyjne, oraz pobranych w czasie rewizyi, dokonanych przez zakład z urzędu, było zafałszowanych

na 21 prób	szafranu	11
„ 65 „	mielonego pieprzu czarnego	50
„ 98 „	cynamonu	86
„ 38 „	papryki	14.

Liczby te dowodzą chyba dostatecznie, że zafałszowanie przypraw korzennych mimo ich taniości nie jest wcale rzadkie; jeżeli zaś uwzględnimy, że wybór próbek do badania przez organa nadzorcze, ustawą z 16/I 1896 do tego powołane, odbywa się bardzo często dorywczo i nieraz bez odpowiedniego przygotowania i wprawy (nadzór wykonują i pobierają próbki często żandarmi), to możemy twierdzić, że liczby powyższe nie odzwierciedlają jeszcze prawdopodobnie stopnia rozszerzenia się nieuczciwego handlu korzeniami.

Wobec tego, że w Galicyi brak krajowej ustawy, nakazującej ustanawiać osobnych ukwalifikowanych nadzorców nad obrotem środkami żywności, któryto obowiązek ciążyć powinien, jak w innych krajach koronnych, przedewszystkiem na miastach, miejscach odpustowych i zdrojowiskach, — obowiązek ten nadzoru spada w pierwszej linii na lekarzy powiatowych i miejskich, oraz na lekarzy okręgowych. Zwracając ich uwagę na ten zakres ich działalności, w którym łatwiej i szybciej przez ostrzejszy nadzór można zapobiedz sprzedaży produktu zafałszowanego, mam nadzieję, że przez przedstawienie rodzajów i stopnia zafałszowania przypraw korzennych ułatwię im ich zadanie.

Jak wyżej wspomniano, nazwą przypraw korzennych obejmujemy wszelkie roślinne części, zawierające małe ilości bądź olejków, bądź innych związków chemicznych, które drażniąc przewód pokarmowy, mają za cel ułatwienie i zwiększenie wydzielin, trawiących pokarmy. Ze stanowiska botanicznego nazwa przypraw korzennych jest fałszywą, boć obok korzeni, n. p. imbiru, gałganu, tataraku, zaliczamy do nich jeszcze części pędów, kory (cynamon), liście (majeran, szałwia, liście bobkowe), kwiaty i ich części (kaparki, goździki, kwiat cynamonowy, szafran), oraz cały szereg owoców z najrozmaitszych rodzin świata roślinnego (*laureaceae*, *solanaceae*, *piperaceae*, *umbelliferae* i t. d.).

Przechodząc do rodzajów zafałszowania przypraw korzennych, omówię je po kolei grupami, a więc poczynając od korzeni ograniczę się do rodzajów zafałszowań, napotykanych w Galicyi, pominę zaś inne możliwe zafałszowania, podawane w piśmiennictwie, lecz w Galicyi niespotykane. Nie będę również wymieniał wszystkich przypraw korzennych, jakie w handlu się pojawiają, gdyż zakres użycia wielu z nich jest niewielki, zaś sposób i rodzaj zafałszowania wielu z nich prawie nieznany, t. zn. nie praktykowany, a zajmę się tylko najpospolitszemi.

Metody badania czystości przypraw korzennych polegają na badaniu ich własności botanicznych, o ile znajdują się w handlu niesproszkowane, przy badaniu zaś korzeni mielonych na badaniu mikroskopowem, uzupełnionem badaniem chemicznem, szczególnie gdy należy przypuszczać obciążenie ciałami mineralnemi.

Z najwięcej używanych korzeni w ściślejszem słowa tego znaczeniu nie spotykamy prawie żadnego w handlu w postaci sproszkowanej: tatarak, imbir, jako kłącze charakterystyczne, nie dadzą się zafałszować. Proszek, pojawia-

jący się w handlu drobnym pod nazwą imbiru mielonego nosi częściej nazwę szafraniny, szafranicy; skład jego omówię przy szafranie. Również z liści, używanych jako przyprawy, nie można wymienić żadnego u nas fałszerstwa. Opisywanego w Niemczech zafałszowania liści laurowych (bobkowych) liśćmi obcego lauru (*prunus laurocerasus*), cechujących się znaczniejszą grubością blaszki liścia i brzegiem zagiętym, u nas nie napotykałem. Nie mniej i zafałszowanie pączków *capparis spinosa*, dostarczających nam znanych kaparków, owocem nasturcyi (*tropaeolum majus*) oraz pączkami kaczeńca (*caltha palustris*), jakoteż i podbarwianie ich solami miedziowemi nie jest u nas znane. — Z części kwiatu, znanych jako przyprawa korzenna, znamiona kwiatu szafranu zasługują na większą uwagę z powodu częstszego zafałszowania. Rodzaj zafałszowania bywa tu dosyć rozmaity, bądź czysto botaniczny, bądź więcej mechaniczny. Botanicznem nazwać trzeba napotkane w 5 przypadkach zafałszowanie domieszką liści korony kwiatowej nogietka (*calendula officinalis*), mechanicznem — oprószenie towaru mąką i obciążenie go solami mineralnemi przez namoczenie towaru w mocno stężonych rozczynach tych soli i następne wysuszenie. Obciążenie bywa nieraz bardzo znaczne, dochodzi do 18,9%, 30,5%, a nawet 33,8% ogólnej ilości popiołu (szafran prawdziwy, niezafałszowany zawiera do 4,5%), a do zafałszowania użyto bądź chlorku, siarkanu i azotanu sodowego, bądź soli kuchennej i boraksu, bądź ałunu, soli, zwłaszcza w ilościach, w których używa się szafranu jako przyprawy dla ustroju ludzkiego zupełnie obojętnych. To obciążenie solami mineralnemi ma na celu nietylko zwiększenie wagi szafranu przez same sole, ale zarazem służy do przyciągania większej ilości wilgoci, podobnie jak i przyprószenie mąką, jak wiadomo chłonącą mocno wilgoć. Stąd też spotykamy w tak przyrządzonym szafranie znaczniejszą ilość wody. Napotykane dawniej zafałszowanie szafranu kwiatem krokoszu, saffloru, (*carthamus tinctorius*) nie jest u nas znane.

Napotykany u nas pod nazwą szafraniny, szafranicy proszek żółty nie ma z szafranem nic wspólnego, gdyż składa się z mąki kukurydzanej lub pszennej, zabarwionej proszkiem żółtego korzenia (*curcuma longa*). Mąka, do celu tego użyta, często jest mocno zepsuta, zawiera wiele rozkruszków mącznych (*acarus farinae*). Proszku tego używa nasz lud wiejski, zwłaszcza na wschodzie i w okolicach górskich, do barwienia ciasta, płacąc za ten barwik o wartości bardzo wątpliwej cenę stanowczo za wielką.

Obficie zaopatruje w przyprawy naszą kuchnię rodzina baldaszkowatych (*umbelliferae*), dostarczając owoców w postaci znanego kminku, kopru, anyżu, kolendry. Przyprawy te spotyka się jednak w handlu w postaci całych owoców, nie nadającej się tak łatwo do zafałszowania. Jedynie anyż stanowi do pewnego stopnia w tym względzie wyjątek, podpadając częściowemu wytrawieniu ze względu na olejek swoisty. Wytrawienie to praktykuje się na produkcie wschodnim (z Bessarabii); o ile jest częściowe, najczęściej praktykowane, a ilość olejku pomimo wytrawienia nie jest mniejszą od ilości średniej, znajdującej się w produkcie dobrym, to takiemu towarowi nie można nic zarzucić, chyba że okaże się zarazem barwionym — najczęściej barwikiem chromowym; do barwienia tego zniewala handlarzy nieprawidłowo płowa barwa anyżu wytrawionego. Podobnego do owocu anyżu, trującego owocu cykuty (*conium maculatum*), który mógłby być domieszany lub zamieniony z anyżem, nie spotykałem w tym produkcie w dotychczasowej działalności zakładu.

Badyan, znany owoc rośliny chińskiej *illicium anisatum*, używany obecnie przy wyrobie wódek, bardzo mało zaś w kuchni, zawierać ma czasami bardzo podobny owoc rośliny japońskiej *illicium religiosum*, zawierający truciznę zwaną sikimina. Mimo licznych prób tej przyprawy, badanych tak w zakładzie, jakoteż przy rewizyach sklepów, przymieszki tej dotychczas u nas nie spotkałem. — Wanilia dawała dotychczas powód do zarzutów jedynie z powodu zbytniego wyschnięcia i zepsucia strączków, kardamomy zaś zbyt rzadko u nas pojawiają się w handlu, a w stanie sproszkowanym, nadającym się do fałszerstwa, są prawie nieznane.

Bardzo często, jak to już zaznaczono poprzednio, pojawia się w naszych handlach korzennych pieprz zafałszowany, rzadko cały, najczęściej mielony. Okaz sztucznego całego czarnego pieprzu, który uzyskałem dla zbiorów zakładu, pochodzi z pewnego handlu we wschodniej Galicyi jeszcze przed wprowadzeniem ustawy o nadzorze nad środkami spożywczymi; składa się zaś z ciasta, do którego domieszano nieco pieprzu, powierzchnię zaś zabarwiono węglem. Na powierzchni tego pieprzu jest siatka regularna i po tem odróżnić go można już przy dokładniejszem oglądaniu od produktu naturalnego. — Z powierzchni wysuszonej jagody pieprzu oddziela się, zwłaszcza w produkcie nie sortowanym, zewnętrzna część owocu, zawierająca prawie wyłącznie składniki, złożone z drzewnika, bardzo zaś mało składników (olejku i piperyny), stanowiących wartość pieprzu, jako przyprawy korzennej. Jeżeli przy małej ilości takich odpadków w pieprzu handlowym uważać go należy za prawidłowy, to już znaczniejsza ilość tych łupek nakazuje go uważać za produkt mniej wartościowy, zaś ilość obfita (jeżeli stanowi połowę) nadaje mu cechy produktu zafałszowanego tembardziej, że w takim towarze spotyka się zazwyczaj wiele ciał mineralnych, piasku, pochodzących z zanieczyszczenia błotem i kurzem. Taki pieprz spotyka się nierzadko w naszych handlach korzennych, zwłaszcza drobnych i prowadzonych niestarannie. Nie spotykałem natomiast nigdy mimo bardzo licznych badań rzekomo nierzadkiego u nas zafałszowania pieprzu jałowcem, ani też owocem *piper cubeba*.

Bardzo często natomiast podlega mielony pieprz czarny zafałszowaniu. Najczęstszą domieszką (na 65 prób 46 razy) jest dodatek mielonego makucha z oliwek, którego szarawozielonkawa barwa znakomicie nadaje się do fałszerstwa pieprzu. Obok tego pojawia się zafałszowanie makuchem z nasienia palmy olejnej (*semen elaeis guinensis*), otrębami, uzyskanemi przy mieleniu ryżu i mąką żytnią. Fałszerstwa te pojawiają się bądź jako czyste, bądź w połączeniu. Z rzadkich fałszerstw, napotkanych u nas, wymienić należy domieszkę mielonego chleba, — którego dodatek tłómaczył kupiec „koniecznością złagodzenia zbyt ostrego smaku pieprzu“ —, zafałszowanie grysikiem ze szklistego bielma nasienia zębu końskiego i mielonym owocem *phytelephas macrocarpa*, używanego do wyrobu guzików t. zw. rogowych do ubrań — oczywiście odpadkami, otrzymanymi przy wyrobie guzików. W pieprzu białym napotykałem domieszkę papryki mielonej. — Zafałszowanie papryki mielonej nie zdarza się u nas tak często, jakby tego spodziewać się należało na podstawie ogólnie rozpowszechnionej opinii. Z zakwestyonowanych 14 prób papryki sproszkowanej większość była ze-

psutą, spleśniałą, pozbawioną smaku, zapachu właściwego i koloru żywo czerwonego, niektóre próby stoczone przez rodzaj drobnego pajęczaka z rodziny *acarinae;* 2 próby były sztucznie podbarwione, inne zaprawione mąką kukurydzianą, zaś jedna obciążona nadto barwikiem okrowym. Nigdy natomiast dotychczas nie spotkałem rzekomo tak częstego zafałszowania papryki cegłą tłuczoną.

Gałka muszkatołowa i kwiat muszkatołowy nie pojawiają się u nas w postaci sproszkowanej, a zatem i zafałszowań się nie spotyka.

Kora cynamonowa, pojawiająca się w handlu w stanie zmielonym, rzadko kiedy jest zupełnie czysta. Z 98 prób badanego w zakładzie cynamonu tylko 12 znalazłem czystych, natomiast 86 było zafałszowanych. Najczęstszem spotykanem tu fałszerstwem był dodatek mielonej skorupy

Ryc. 1. — Owoc oliwki.



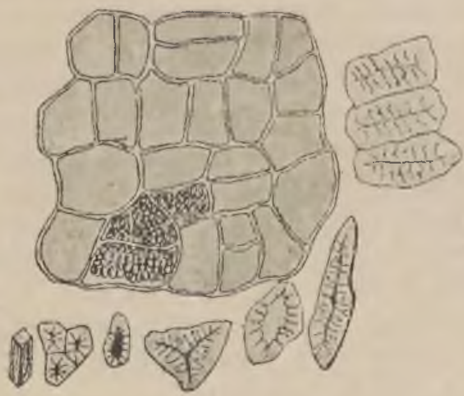
Ryc. 2. — Owoc palmy olejnej.



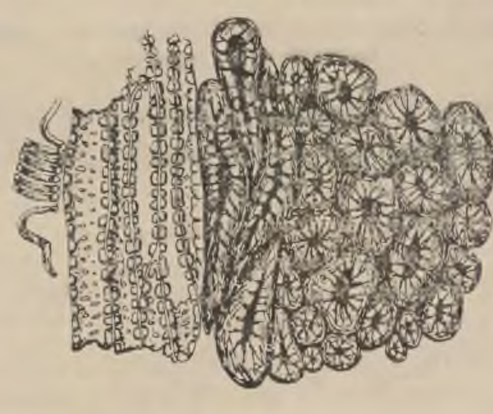
orzecha laskowego (41 razy), bądź samej, bądź też z dodatkiem barwika okrowego, którego zadaniem było głównie pokrycie zbyt jasnej barwy produktu i z dodatkiem mączki cukrowej, służącej do pokrycia zbyt jałowego smaku tej mieszaniny. Obok tego zafałszowania spotyka się również bardzo często w mielonym cynamonie dodatek mielonej gruszki (28 razy), nieraz również z przymieszką okru; rzadziej spotykałem zafałszowania makuchem nasienia palmy olejnej, otrębami z ryżu, którym towarzyszą nieraz barwik okrowy, mielona skorupa orzecha kokosowego, nadto zafałszowanie delikatnemi trocinami drzewnemi, skrobią, oraz mielonym makuchem z rzepaka.

Rozpoznanie tych zafałszowań opiera się, jak już powyżej wskazałem, na badaniu mikroskopowem, oraz w części chemicznem. Obrazy mikroskopowe najczęstszych środków roślinnych, służących do fałszerstwa, dołączam; niemniej jednak pragnę zwrócić uwagę, że już i na podstawie zewnętrznych cech proszkowanych korzeni, a mianowicie przedewszystkiem barwy produktu, smaku i zapachu, można w bardzo wielu przypadkach przypuszczać zafałszowanie, zwłaszcza przy zafałszowaniach znacznych. Zafałszowania, dokonane na mniejszą skalę i wymagające do stwierdzenia i rozpoznania badania mikroskopowego, kryją się zazwyczaj w opakowaniach, małych paczkach, na których umieszczone etykiety zapewniają, że produkt jest czysty „pod gwarancyą bez domieszek“; — na niektórych tego rodzaju etykietach umieszczono dodatek, że produkt badano w rządowym zakładzie badania środków spożywczych, lub że odpowiada przepisom austryackiej ustawy o obrocie handlowym tych produktów.

Ryc. 3. — Owoc gruszki.



Ryc. 4. — Podłużny przekrój skorupy orzecha kokosowego.



Stwierdziwszy obecny stan zafałszowań przypraw korzennych w Galicyi na podstawie dotychczasowej praktyki zakładu, należy jeszcze wspomnieć o źródłach, skąd zafałszowane korzenie pojawiają się u nas w handlu, oraz o środkach zapobiegawczych przeciw nieuczciwemu handlowi.

Mielenie korzeni praktykuje się na małą tylko skalę w Galicyi, u niektórych kupców, i to przeważnie pokryjomu, stąd też i źródeł galicyjskich, z których zafałszowane korzenie rozchodziłyby się po kraju, jest mało, a wskutek braku osobnego stałego nadzoru nad obrotem handlowym produktów spożywczych w miastach większych źródła te nie zostały dotąd wykryte. W korzenie mielone zaopatrują Galicyę przeważnie Węgry i zachodnie prowincye austryackie, dostarczając bądź produktu, w małym stopniu zafałszowanego, ale z „gwarancyą czystości“ na etykiecie (Czechy, Austrya dolna, Tryest), bądź też zafałszowanego w stopniu bardzo

wybitnym (Węgry — szczególnie firmy w Rjece, zajmujące się wyłącznie mieleniem korzeni).

Wyrób i sprzedaż zafałszowanych produktów spożywczych podlega w Austryi, jak wiadomo, od czasu ustawy z 16 stycznia 1896 karze sądowej, a zatem i ocena karygodności tych czynów—uznaniu sędziów. Jakkolwiek podnieść należy, że nie brak sędziów, którzy, oceniając społeczne i sanitarne znaczenie tej ustawy, przekroczenia przeciw niej należycie karzą, to jednak nie brak też może i liczniejszych dowodów, że sądy nasze nieraz uwalniają winnych sprzedaży produktu zafałszowanego, jako produktu tego nie wyrabiających, nie zadając sobie trudu, by sprawą tak pokierować, aby ręka sprawiedliwości dosięgła właściwych winowajców. Jeżeli dodam, że kary, wymierzane dziś za zafałszowania korzeni, (za które w wiekach średnich karano — n. p. w Norymberdze torturami, a nawet śmiercią), w sądach zachodnich prowincyi Austryi nierzadko wynoszą setki, a przynajmniej dziesiątki koron, gdy zaś kary naszych sądów są zbyt często niższe od najniższego ustawą określonego wymiaru kary, to łatwo zrozumieć, że taka działalność sądów naszych jest przynętą dla obcych firm do zasypywania naszego kraju produktami zafałszowanymi, szczególnie zaś dla firm węgierskich, których nie krępuje żadna, do austryackiej podobna ustawa. Jednym przeto z najważniejszych środków zapobiegawczych przeciw sprzedaży korzeni zafałszowanych jest ściślejsze stosowanie ustawy przez sądy. Ile zaś w poprawie stosunków tej gałęzi handlu zależy od działalności władz administracyjnych i zakładu, pomijam jako rzecz, nie nadającą się tutaj do roztrząsania.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr. Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

3) Doleczanie po sekwestrotomii. Podane poprzednio dobre wyniki skłoniły nas do bezskutecznych zresztą prób zastosowania przekrwienia biernego także przy wytworzeniu się centralnych martwaków, otoczonych twardą i zbitą trumienką. W przypadkach tych w toku stosowania przekrwienia biernego powstawały po pewnym czasie ropnie w częściach miękkich, albo też chory po kilku lub kilkunastu dniach, doznawszy pewnej ulgi, opuszcza oddział, nie chcąc zgodzić się żadną miarą na operacyę pomimo istniejących przetok, przez które wprowadzony zgłębnik natrafiał na obnażoną kość.

Otóż w przypadkach tych po kilku bezskutecznych próbach otwieraliśmy już potem odrazu jamę szpikową i usuwaliśmy martwaki. Co do techniki tej operacyi zachodzą do dzisiaj jeszcze znaczne różnice w zapatrywaniach poszczególnych autorów. Jedni, oszczędzając jak najwięcej wytworzoną naokoło martwaka trumienkę, rozszerzają tylko przetoki *(Kloaken)*, wydobywając martwaki kawałkami (König). Drudzy chcąc uniknąć tak często zdarzających się nawrotów, otwierają trumienkę jak najszerzej, usuwając możliwie doszczętnie zmienioną kość, starają się tylko o utrzymanie ciągłości. Pozostała zaś znaczna rana wypełnia się powoli ziarniną. Aby uniknąć tego długiego gojenia się rany, podawano cały szereg sposobów, mających przyspieszyć wyleczenie. I tak radził Schede, aby brzegi skóry i okostnej ściśle zespolić, przyczem jama w kości ma się wypełnić skrzepami krwi. Do tego celu służyć mają osteoplastyczne operacye, podane przez Biera i Lückego, jak też w ostatnich latach podana przez Mosetig-Moorhofa plomba jodoformowa. Wszystkie te sposoby jednak natrafiają na jedną przeszkodę, a mianowicie: jamy te, zawierające ropę, przez długi czas zalegającą, bardzo trudno całkowicie odkazić. To też bardzo często znajdujemy w piśmiennictwie wzmianki o następowem ropieniu i o koniecznej potrzebie rozluźnienia założonych szwów i wytamponowania jamy celem usunięcia ropienia.

Wszystkie te okoliczności, oraz dawne już spostrzeżenie, że pod wpływem przekrwienia biernego jamy w kości wypełniają się bardzo szybko, skłoniły mnie do zastosowania tego sposobu w doleczeniu po sekwestrotomii. W ośmiu przypadkach osiągnęliśmy wyniki w doleczaniu po operacyi jak najlepsze. Z reguły postępowaliśmy w następujący sposób: Po szerokiem otwarciu zajętej kości i usunięciu części, chorobowo zmienionych, zeszywaliśmy całkowicie okostną i skórę, zostawiając nieznaczny otwór dla odpływu wydzieliny. W otworze umieszczaliśmy sączek lub seton z gazy, a na to wszystko opatrunek aseptyczny uciskowy, układając kończynę na szynie. Po kilku dniach zdejmowaliśmy opatrunek, usuwaliśmy seton lub sączek, przykrywając ranę wyłącznie grubą warstwą aseptycznej gazy i stosowaliśmy zwykłym sposobem przekrwienie bierne przez kilka godzin dziennie. W większej części przypadków początkowo wydzielała się obficie ropa, której w miarę postępów gojenia wydzielało się coraz mniej. We wszystkich przypadkach, nawet najuporczywszych, nastąpiło zagojenie się całkowite rany ze znacznem skróceniem czasu gojenia. Różnica ta była jeszcze widoczniejszą w tych przypadkach, w których po dłuższem stosowaniu dotychczasowego zwykłego leczenia z bardzo miernym wynikiem, uciekliśmy się do leczenia zapomocą przekrwienia biernego. Wejrzenie rany zmieniało się już po kilkudniowem zastosowaniu opaski, przyczem jama w wydłutowanej kości bardzo szybko się wypełniała. W tych przypadkach zaś, w których zaszyliśmy całą ranę, pozostawiając tylko otwór dla odpływu wydzieliny, po zastosowaniu przekrwienia biernego już w kilka dni po operacyi zrastały się zeszyte brzegi rany. I wyniki sprawności kończyny były znacznie lepsze, aniżeli przy dawnym sposobie leczenia następowego.

Z tej grupy przytoczę następujące przypadki:

1) K. Paweł, lat 24, przybył 28/IV, wyszedł 2/VI. *Osteomyelitis femoris dextri recidiva.*

Operowany przed 3 laty. Od tego czasu pozostała ropiejąca przetoka na udzie. 28/IV. Stan obecny: W dolnej części uda prawego po stronie przedniej blizna pooperacyjna, a po stronie tylnej mniejsza blizna z przetoką, wydzielającą ropę. Kość udowa zgrubiała. Wprowadzony zgłębnik napotykał na kość obnażoną, chropowatą. 30/IV. Ranę po stronie tylnej rozszerzono, otwarto zmienioną kość, tkwiący w niej martwak wydobyto, a następnie ranę prawie całkiem zaszyto, zostawiając w dolnej części otwór dla odpływu wydzieliny. 4/V. Założono opaskę Biera na 4 godziny dziennie. 13/V. Zaszyta część rany skórnej zagojona doraźnie, z pozostawionego w dolnym kącie rany otworu wydzieliny bardzo mało. Chory czuje się zupełnie dobrze, — ruchy bierne i czynne prawie prawidłowe.

2/VI opuszcza szpital z nieznacznem tylko zgrubieniem kości i zupełnie zagojonemi ranami.

2) E. Tobias, lat 12, syn handlarza, przybył 16/III, wyszedł 12/IV 1905. *Osteomyelitis femoris dextri.*

Przed 6 miesiącami udo prawe przygniotło mu koło wozu. 16/III. Stan obecny: Udo prawe obrzękłe, po stronie przedniej i tylnej liczne przetoki, z których wydziela się gęsta ropa. 22/III. Części miękkie po stronie przedniej rozcięto w kierunku przetok, oddzielono okostnę, szeroko otwarto rozdętą kość. Jama szpikowa wypełniona martwakami, oraz szarą ziarniną. Martwaki usunięto, ziarninę wyskrobano, przetoki, znajdujące się od tyłu, rozszerzono. Górną część rany zaszyto, dolną wytamponowano. 22/IV. Udo ciągle jeszcze obrzmiałe. Z rany wydobywa się jeszcze znaczna ilość ropy. 2/V. Wobec coraz gorszego wejrzenia rany, oraz zatrzymywania się wydzieliny, zastosowano przekrwienie bierne przez 10 godzin dziennie, z bardzo dobrym wynikiem. 12/V. Obrzęk się zmniejsza, wydzielina skąpa. 21/V. Rana prawie zupełnie zgojona. 12/VI. Chory opuszcza oddział z ranami zupełnie zagojonemi i nieznacznem zgrubieniem kości.

3) K. Rozalia, lat 30, wyrobnica, przybyła 17/III, wyszła 11/VIII. *Osteomyelitis femoris sinistri.* Chora od 3 lat. Stan obecny 17/III. Udo lewe w dolnej połowie obrzękłe. Nad stawem kolanowym tak po stronie zewnętrznej, jak i wewnętrznej 2 przetoki, drążące głęboko do jamy szpikowej. Kość udowa cała rozdęta, zgrubiała. W okolicy przetok liczne blizny, zrosłe z kością. 3/IV. W uśpieniu chloroformowem rozszerzono przetoki z obu stron, po szerokiem otwarciu jamy szpikowej usunięto kilka większych martwaków. Wydłutowano dużo zmienionej kości. Ranę częściowo zeszyto. 20/IV. Udo jeszcze znacznie obrzękłe, ruchy w stawie kolanowym utrudnione, rana ma mało dążności do gojenia się. Tampony usunięto i założono opaskę Biera na 10 godzin dziennie. 5/V. Wydzielina znacznie mniejsza, ruchy w stawie możliwe, brzegi rany skórnej prawie zrosłe, chora czuje się znacznie lepiej. Opaska na 1 godzinę dziennie. 11/VIII. Chora opuszcza szpital z ranami zagojonemi.

4) H., lat 12, przyszedł 1/V, wyszedł 24/VII. *Osteomyelitis tibiae sin.* Chory od kilku miesięcy. 1/V. Stan obecny. Goleń lewy obrzękły, skóra pokryta bliznami. Liczne ropiejące przetoki Kość piszczelowa zgrubiała. 24/V. W uśpieniu chloroformowem odsłonięto podłużnem cięciem zajętą prawie całą kość piszczelową. $^2/_3$ części kości z pozostawieniem tylnej ściany usunięto, pozostałą część kości oraz jamę szpikową, wypełnioną ziarniną, wyskrobano. Ranę częściowo zaszyto. 28/V. Chory gorączkuje, cały goleń obrzmiały. Chory nie zgadza się żadną miarą na założenie opaski, wobec czego zaniechano stosowania przekrwienia biernego. 10/VI. Stan chorego gorszy, obrzęk części miękkich ciągle się utrzymuje, wydzielina ropna obfita. Chory gorączkuje. 14/VI. Wobec coraz gorszego stanu zastosowano za zgodą chorego przekrwienie bierne na 10 godzin dziennie. 18/VI. Ciepłota spadła, obrzęk mniejszy, stan chorego lepszy. 24/VII. Chory opuszcza oddział z ranami zagojonemi.

5) N. Kazimierz, lat 10, przybył 13/V, wyszedł 15/VIII. *Osteomyelitis tibiae dextrae.* Chory od kilku miesięcy. 13/V. Stan obecny. Goleń prawy obrzękły, skóra sino zabarwiona, pokryta licznemi bliznami. Na skórze 8 przetok o brzegach blado-czerwonych. Z przetok wydziela się gęsta ropa. Wprowadzony zgłębnik wchodzi do jamy szpikowej. Staw skokowy obrzękły, chełboczący. 23/V. W uśpieniu chloroformowem odsłoniono szeroko zajętą kość piszczelową. Wobec znacznego zniszczenia usunięto prawie $^3/_4$ części kości. Ze stawu skokowego wydobyto treść ropną i wstrzyknięto do stawu mieszankę jodoformową. Brzegi rany zbliżono szwami. 30/V. Zastosowano przekrwienie bierne przez 10 godzin dziennie. 9/VI. Wydzielina z rany jeszcze obfita, w okolicy stawu skokowego znaczne obrzmienie z wyraźną bolesnością. 10/VI. Otwarto ropień w okolicy stawu skokowego; przekrwienie bierne w dalszym ciągu. 15/VI. Jama wypełnia się szybko, wydzielina mniejsza. 15/VIII. Chory opuszcza szpital z ranami wygojonemi.

6) P. Jan, lat 12, syn rolnika, od 19/VI do 13/X. *Necrosis mandibulae sinistrae.* Choroba zaczęła się przed $1^1/_2$ rokiem po wyjęciu zębów. 19/VI. Stan obecny: Policzek lewy w całości obrzękły, żyły rozszerzone, szczęka dolna zgrubiała; przy dotknięciu bolesna. Przez przetokę, która komunikuje z jamą ustną, wydobywa się ropa. Rentgenogram stwierdza znaczne zgrubienie żuchwy po stronie lewej w okolicy kąta szczęki. Zastosowano przekrwienie bierne na 4—6 godzin dziennie. 10/VIII. Chory uczuwa pewną ulgę w bólach; z przetoki wydziela się wciąż ropa, zgrubienie kości nie ustąpiło. 19/VIII Wobec bezskuteczności leczenia przekrwieniem przystąpiono do operacyi. W uśpieniu chloroformowem odsłonięto rozdętą kość. Przednią ścianę oddłutowano. Jamę wyskrobano i ranę skórną częściowo zaszyto. 23/VIII. Zastosowano przekrwienie na 4—6 godzin dziennie. 24/VIII. Zeszyta część operacyjnej rany skórnej zagojona; z pozostałej przetoki wydziela się ropa, zgrubienie kości nie ustąpiło. 25/VIII. Ponieważ pomimo wykonanej poprzednio operacyi leczenie następowe przekrwieniem nie odnosiło należytego skutku, przeto w uśpieniu chloroformowem odsłonięto ponownie zgrubiałą część szczęki, którą zresekowano. Ranę częściowo zaszyto. Po 4 dniach zastosowano ponownie przekrwienie bierne. 12/X. Rana zgojona. Obrzęk ustąpił, stan chorego dobry. 13/X. Chory opuszcza oddział wyleczony.

7) K. Andrzej, lat 18 od 4/V, 1905. *Osteomyelitis humeri sinistri.* Chory od kilku lat. 4/V. Stan obecny: Ramię lewe w okolicy stawu barkowego obrzękłe, na skórze blizny, zrosłe z kością; dwie przetoki po stronie przedniej i tylnej, ropiejące, drążące do jamy szpikowej kości. Kość ramieniowa zgrubiała. Przez kilka tygodni stosowano wstrzykiwanie mieszanki jodoformowej bez skutku. Wobec tego 20/VI zastosowano przekrwienie bierne na 2 godziny dziennie. 30/VII. Stan chorego podmiotowo lepszy. Po stronie tylnej wytworzył się ropień opadowy, przetoki oraz zgrubienie kości utrzymują się w górnej $^1/_3$ ramienia. Chory posługuje się kończyną górną wcale dobrze i bez bolu i prosi o odroczenie zabiegu operacyjnego, który był konieczny wobec tego, że stan przedmiotowo się nie poprawił. 19/X. W uśpieniu chloroformowem odsłonięto zajętą kość, znaleziono martwak, tkwiący w jamie szpikowej kości i ten usunięto; granulacyi nie znaleziono. Ropień opadowy otworzono, ranę częściowo zeszyto. 25/X. Zastosowano przekrwienie bierne na 1 godzinę dziennie. Obecnie (grudzień) rana pooperacyjna w skórze prawie zagojona.

4) Ropienie ostre wyrostka sutkowego po zapaleniu ucha środkowego.

I tutaj stosowaliśmy leczenie, analogiczne do postępowania przy ostrem zapaleniu szpiku kostnego [1]). Przypadków takich leczyliśmy trzy, przysłanych przez kolegów otyatrów dla wykonania operacyi. U chorych tych wśród ropienia ucha środkowego powstało zapalenie wyrostka sutkowego z wytworzeniem się ropnia podokostnego. Ropień nacięto, poczem zastosowano przekrwienie bierne przez mniej więcej 10 godzin dziennie. Wynik był zupełnie zadowalniający. Rana zabliźniała się bardzo szybko, bolesność wyrostka sutkowego ustępowała, pozostawała tylko jeszcze wydzielina ropna z ucha. Chorzy jednak, czując się dobrze, niechcieli pozostać dłużej w szpitalu. Przypadek trzeci, najcięższy, streszczam, bo zasługuje z tego względu na uwagę, że trepanacya wyrostka sutkowego, wykonana po dłuższem stosowaniu opaski, dowiodła, iż przekrwienie bierne działało skutecznie.

M. Jan, lat 30, rolnik. Chory od dwu tygodni. 30/VI. Stan obecny. Chory dobrze odżywiony i zbudowany, zmian w narządach wewnętrznych stwierdzić nie można. Poza małżowiną uszną w okolicy wyrostka sutkowego obrzęk, sięgający aż do kąta żuchwy. Skóra zaczerwieniona. Z ucha prawego wydziela się nieznaczna ilość ropy. Błona bębenkowa zniszczona. Po usunięciu wydzieliny widać obnażone ściany jamy bębenkowej. Porażenie nerwu twarzowego. Ciepłota wieczorem 39·0. 30/VI. W uśpieniu eterowem nacięto ropień w okolicy wyrostka sutkowego, oraz pod kątem szczęki. Okostna była oddzielona od wyrostka sukowego przez nagromadzoną ropę. Trepanacyi nie wykonano, postanawiając wprzód spróbować, jak działać będzie przekrwienie bierne. Zastosowano opaskę Biera na 10—20 godzin dziennie. 5/VII. Ciepłota mimo stosowania przekrwienia biernego utrzymuje się wieczorami jeszcze wysoko 39—39.6°. Stan ogólny lichy, bole jednak znacznie mniejsze. 7/VII. Ciepłota spadła, wydzielina z ucha obfitsza, porażenie n. twarzowego utrzymuje się. Przekrwienie stosuje się stale przez 4 godziny dziennie. 20/VII. Stan bezgorączkowy, bole znacznie mniejsze, porażenie ciągle się utrzymuje, chory żąda sam operacyi, by pozbyć się cieczenia z ucha; żądanie to spełniono, aczkolwiek, jak się przy operacyi okazało, leczenie przekrwieniem, o ile chodziło o wyrostek sutkowy, byłoby

[1]) Technika przekrwienia biernego głowy, podana przez Biera, polega na założeniu wązkiej tasiemki gumowej o długości 28—36 cm., opatrzonej w kilka odpowiednich klamerek. Opaskę tę stosujemy w ten sposób, aby klamerki przypadły na kark w miejscu, w którem mięśnie są najbardziej rozwinięte. (Co do miary stosowania przekrwienia, to obowiązują już poprzednio podane prawidła).

wystarczyło, a trepanacya byłaby już zbyteczna. 21/VII. W uśpieniu chloroformowem poprowadzono cięcie równolegle do małżowiny, oddzielono okostną i otwarto jamę sutkową. Kość wyrostka okazała się przerzedzoną, dobrze unaczynioną, ropy nie znaleźliśmy. Wobec ujemnego wyniku zaszyliśmy okostną i skórę, pozostawiając tylko mały seton w wydłutowanej jamie. Po czterech dniach seton wyjęliśmy, stosując przekrwienie na dwie godziny dziennie. 1/VIII. Rana prawie całkowicie zgojona. 20/VIII. Chory czuje się zupełnie dobrze, wydzielina z ucha nieznaczna, porażenie nerwu twarzowego utrzymuje się ciągle. Chory pozostaje w oddziale do dnia 11/IX. Stan ten sam.

5) Zapalenie przewlekłe wyrostka sutkowego.

W sprawach przewlekłych, toczących się w wyrostku sutkowym, w których na podstawie wyników badania przypuszczaliśmy obecność martwaków, ziarniny lub ropy, z góry było rzeczą pewną, że leczenie przekrwieniem nie odniesie skutku, a odwlekając operacyę, może tylko zwiększyć niebezpieczeństwo rozszerzenia się sprawy na zatoki lub opony; toteż przystępowaliśmy odrazu do otwarcia wyrostka sutkowego. Chcąc jednak skrócić tak zwykle długie leczenie pooperacyjne, zbliżaliśmy brzegi rany skórnej i okostnej szwem węzełkowym, podobnie, jak po otwarciu kości długich kończyn. U dołu rany pozostawialiśmy sączek dla odpływu wydzieliny z rany, a po kilku dniach sączek usuwaliśmy, stosując przekrwienie bierne po kilka godzin dziennie. Wyniki takiego doleczania były zupełnie zadowalniające. Zaszyta część rany skórnej goiła się doraźnie, a wydzielina wydobywała się przez pozostały otwór. Zastosowanie przekrwienia biernego nie dozwala, jak to Bier dowiódł, na zasklepienie się otworu, przeznaczonego dla odpływu wydzieliny. Korzyści, jakie to leczenie w przeciwieństwie do zwykłego setonowania rany przedstawia, ocenimy najlepiej na dwu niżej podanych spostrzeżeniach, w których po wykonaniu operacyi stosowano dłuższy czas zwykłe leczenie. Jednego z tych 2 chorych operowano w klinice chirurgicznej z powodu znacznych zmian w wyrostku sutkowym.

1) S., 7. VI. Stan obecny: poza uchem lewem rana, ziejąca na 3 cm., o brzegach nacieknych; z ucha obfity wypływ ropny. Z rany wyjęto seton z gazy jodoformowej, nasiąkły ropą. Wprowadzony zgłębnik wchodzi blizko 3 cm. w głąb i napotyka na obnażoną kość; w okolicy rany kilka sączków gumowych. Założono opatrunek aseptyczny i opaskę Biera na szyję na 20 godzin dziennie, setony i sączki całkowicie usunięto. 10. VI. Chory czuje się lepiej, rana mniej wydziela, z ucha również mniejszy wypływ. 12. VI. Rana poza uchem zasklepiona, nic nie wydziela, z ucha wypływ bardzo mały, chory czuje się dobrze i nosi opaskę chętnie. 14. VI. Rana zgojona, wypływ ropny z ucha mniej obfity. 19. VI. Stan chorego dobry; chce opuścić oddział. 21. VI. Badanie ucha, wykonane przez Dra Nowotnego, stwierdza: W przewodzie zewnętrznym nieznaczna ilość ropy, ściana tylna przewodu zewnętrznego wpuklona ku wnętrzu, ucha środkowego nie widać.

2) B., operowany 24. IV. 1905. z powodu daleko sięgającego próchnienia wyrostka sutkowego, z następowem porażeniem nerwu twarzowego. Przy operacyi znaleziono rozległe zniszczenia wyrostka sutkowego. Słuch zniesiony. Ranę leczono tamponami z gazy, napojonej mieszanką jodoformową, oraz przepłukiwaniem ucha środkowego. Stan obecny 7. VI.: poza małżowiną rana długości 4 cm., ziejąca; z ucha i z rany wydziela się ropa. Wprowadzony zgłębnik napotyka na obnażoną kość. Założono opaskę Biera na szyję na 20 godzin, setony usunięto. 10. VI Wydzielina z rany ustała zupełnie, z ucha wypływa ropy znacznie mniej, chory znosi opaskę bardzo dobrze. 14. VI. Rana zgojona, ropy w uchu bardzo mało. 19. VI. Stan chorego zupełnie dobry. 21. VI. Badanie ucha, wykonane przez Dra Nowotnego, stwierdza: Błony bębenkowej brak, w uchu środkowem polipy; wydzielina ropna nieznaczna.

Równie dobre wyniki uzyskaliśmy w doleczaniu po operacyi u innych takich chorych.

6) Zapalenie ropne stawów, tkanki podskórnej i ścięgien. Leczyliśmy przypadków 22. Ciekawsze z nich przytaczam.

a) Zapalenie ropne stawu kolanowego.

R., lat 27, rolnik, przybył 22/IV, wyszedł 7/VII. *Gonitis suppurativa.* Przed tygodniem skaleczył się siekierą w okolicy lewego stawu kolanowego.

22/IV. Stan obecny: Chory dobrze odżywiony i zbudowany. Zmian w narządach wewnętrznych stwierdzić nie można. Kończyna dolna lewa w całości obrzękła, skóra zaczerwieniona. Obrzęk ten jest najwybitniejszy w dolnej połowie goleni, staw kolanowy także obrzękły, chełbotanie w całej okolicy stawu kolanowego wyraźne. Powyżej stawu kolanowego na przedniej powierzchni uda rana wielkości fasoli, wypchana gazą jodoformową. Po wyjęciu gazy i uciśnięciu uda wylewa się przez ranę obficie ropa. Ciepłota 38·5. Przez ranę, łączącą się ze stawem, wprowadzono kleszczyki (Drainzange) i otworzono w kilku miejscach zaułki w mięśniach uda, wypełnione ropą. Przez otwory wprowadzono sączki gumowe. Opatrunek wilgotny, przeciwgnilny. 6/V. Z otworów wydziela się obficie ropa, chory gorączkuje wysoko, stan chorego coraz gorszy, coraz większy obrzęk całej kończyny. Ruchy bierne i czynne w stawie kolanowym zniesione. 16/V. Wobec coraz większego upadku sił chorego i gorszego stanu miejscowego zastosowano przekrwienie bierne. Sączki usunięto. Założono na 1—2 godzin dziennie opaskę Biera, którą chory z początku niechętnie znosi. 28/V. Stan chorego znacznie lepszy, bole ustąpiły, wydzielina z ran jeszcze obfita, ciepłota podgorączkowa, chory dopomina się sam o opaskę, którą nosi przez 8—10 godzin dziennie. 10/VI. W dolnej $^1/_3$ części uda po stronie zewnętrznej wytworzył się ropień, który otwarto. 15/VI. Cała kończyna sklęsła, chory podnosi kończynę sam, ruchy w stawie kolanowym powoli wracają. Wydzielina z ran skąpa 7/VII. Chory opuszcza oddział z ranami zagojonemi, ruchy w stawie kolanowym swobodne.

b) Zapalenie ropne ścięgien i tkanki podskórnej.

1) M. *Phlegmone manus.* Choroba rozpoczęła się przed tygodniem dokuczliwym bolem na dłoni w okolicy kości śródręcza III na ręce lewej. Ból ten, połączony z obrzękiem dłoni, stale się powiększał, poczem na 4 dni przed przyjęciem na oddział powstało prawie zupełne zesztywnienie palców wraz z pogorszeniem się ogólnego stanu chorego. W tych dniach pojawiły się także dreszcze i brak apetytu. Stan obecny: Osobnik 20-letni, dobrze zbudowany i odżywiony, dłoń i grzbiet ręki lewej, oraz palce deskowato obrzękłe, zaczerwienione, przy dotyku bolesne. U nasady palca II i III skóra zmieniona, barwy białawo-żółtej, przy dotyku bardzo bolesna. Przedramię także obrzękłe. Założono opaskę powyżej stawu łokciowego, w następstwie czego powstał znaczny obrzęk i zaczerwienienie kończyny aż do miejsca uciśniętego opaską, przyczem bole ustąpiły. Ciepłota wieczorem 37·6°. 27/IV. Odtąd nosi chory opaskę stale 12—24 godzin na dobę. Chory czuje się lepiej, domaga się sam założenia opaski. Przy nasadzie zajętych palców coraz wyraźniejsze chełbotanie. Ciepłota spada. Trzeciego dnia w miejscu chełboczącem wytworzył się otwór, przez który obficie wylewa się ropa; chory czuje się dobrze, ruchy palców swobodniejsze, miejsce chore nie bolesne. 6/V. Kończyna zupełnie sklęsła, ruchy palców zupełnie swobodne, w miejscu największego nacieku ropnego nieznaczny ubytek, drążący w głąb na $^3/_4$ cm., który rychło zupełnie się zagoił.

2) J., lat 30, robotnik, od 4/V do 15/V. *Phlegmone manus et antibrachii dextri.* Spadający kilof przygniótł mu rękę prawą przed tygodniem. 4/8. Stan obecny: Cała ręka prawa obrzmiała, zaczerwieniona, skóra deskowato napięta, na przestrzeni około 6 cm. obumarła. Ruchy palcami zniesione. Obrzęk sięga prawie po staw łokciowy. Na całem przedramieniu liczne postronki naczyń limfatycznych, zaczerwienione. Ciepłota 38·9°, język suchy, obłożony. Stan chorego ciężki. Założono opaskę 4/V, przyczem wystąpiło silne zasinienie kończyny, bolesność ręki się zwiększa. Opaskę zwolniono, poczem kończyna przybrała barwę czerwoną; pozostawiono opaskę na 10 godzin. Ciepłota wieczorem 38°. Ból ustąpił. Po 10 godzinach opaskę przesunięto nieco wyżej, chory czuje się lepiej. Opaskę pozostawiono 20 godzin. 5/V. Zmiany na skórze ograniczają się, zajęcie naczyń limfatycznych nie posuwa się dalej, chory czuje się znacznie lepiej. Założono opaskę na 20 godzin. Ciepłota wieczorem 37·6°. 6/V. Pod zmienioną częścią skóry wyraźne chełbotanie. Ropień otwarto, poczem wypłynęła znaczna ilość ropy. Ciepłota wieczorem 37°. Ruchy palcami i w stawie nadgarstkowym wracają do stanu prawidłowego. 7/V. Ciepłota prawidłowa, chory czuje się zupełnie dobrze, ręką porusza swobodnie. 15/V. Chory opuszcza oddział z raną granulującą.

3) L. A., lat 30, służąca. *Panaritium osseum.* 20/II. 1905. Przed 3 miesiącami zraniła się widelcem w palec wielki prawej ręki. W kilka dni potem palec opuchł, odtąd codziennie dreszcze i gorączka. W dniu przybycia na oddział palec obrzmiały, zaczer-

wieniony, bolesny, ruchy palcem zniesione. Naciek po stronie dłoniowej nacięto. Bolesność utrzymywała się pomimo szerokiego nacięcia, zaułki wypełnione ropą wytwarzały się kilkakrotnie. Gdy pomimo kilkorazowego otwarcia zaułków ropnych stan zapalny oraz znaczne obrzmienie nie ustępowały, założono opaskę na 10 godzin dziennie. 10/IV. Bolesność ustąpiła zupełnie w ciągu tygodnia. 16/IV. Stan chorej poprawił się znacznie, z palca w miejscach dawniejszych nacięć wydzielała się obficie ropa, zmieszana z krwią, a nadto wydostał się z rany martwak, który odpowiadał połowie podstawy falangi. Bole ustąpiły, obrzmienie nieznaczne, chora włada palcem zupełnie dobrze. 18/V. Palec prawie zgojony. 30/V. Palec zgojony całkowicie, chora posługuje się nim zupełnie dobrze, ruchy palca prawidłowe. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

O wrotach zakażenia.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

A. Wrzosek.

Gdy mówimy o wrotach zakażenia wogóle, należy przedewszystkiem odróżnić wrota zakażenia u płodów i wrota zakażenia w życiu pozamacicznem.

Jak wiadomo, choroby zakaźne żadnego wieku nie oszczędzają: nawet płód w łonie matki zakażeniu uledz może. Spostrzegano mianowicie przeniesienie zarazków wąglika z ustroju matki na płód, w jej łonie będący. Opisano kilka przypadków odry i płonicy wrodzonej, w których matki przed porodem choroby te przechodziły. Niejednokrotnie stwierdzono również, że dzieci na świat przychodzące nosiły na sobie niewątpliwe oznaki ospy naturalnej. Na szczególną w tym względzie uwagę zasługuje przypadek, opisany przez Kaltenbacha, w którym niewiasta, chora na ospę, powiła trojaczki, przyczem u dwóch noworodków były krosty ospowe, a trzeci ich nie miał. Znane są przypadki, w których niewiasty, chore na zimnicę, rodziły dzieci z powiększoną śledzioną, miewające napady zimnicze o tej samej godzinie, co i matki. Dalej stwierdzono przechodzenie krętków Obermeyera, zarazków durowych, gruźliczych i zapalenia płuc z ustroju matki do płodu. Wreszcie nie możnaby nawet zliczyć przypadków, w których dzieci rodzą się z wyraźnemi oznakami kiły. Z doświadczeń, na zwierzętach wykonanych, wynika, że to przechodzenie zarazków może się odbywać dość prędko. Chantemesse i Widal wstrzyknęli ciężarnej śwince morskiej prątki durowe, poczem te zarazki znaleziono w płodzie, który się urodził w 46 godzin po zakażeniu matki. Co się tyczy wrót zakażenia u płodów, to, sądząc na zasadzie badań doświadczalnych, jest niemi najczęściej pępowina, do której przechodzą zarazki z ustroju matki przez łożysko, zwłaszcza przez łożysko chorobowo zmienione. Dotąd przynajmniej nie mamy zupełnie pewnych dowodów, że u ludzi zarazki dostają się do płodów jakąkolwiek inną drogą. Albowiem dotychczas nie zostało bezpośrednio udowodnione przypuszczenie, że zarazki u ludzi mogą przechodzić z ustroju rodzicielskiego do potomnego bądź to za pośrednictwem elementów płciowych męskich, bądź też za pośrednictwem elementów płciowych żeńskich, jak to się n. p. zdarza u ptaków, u których zarazki mogą się znajdować w jajku, lub jak to stwierdzono w chorobie jedwabników, zwanej *»pebrine«*, w której, jak to Pasteur dowiódł, zarazki przenoszą się za pośrednictwem jajek.

Daleko ważniejsze jednak znaczenie mają poszukiwania wrót zakażenia w życiu pozapłodowem. Już oddawna wskazywano jako na wrota zakażenia przedewszystkiem na przewód pokarmowy, narząd oddechowy i skórę, atoli ściślejsze w tym kierunku badania zostały dopiero w ostatnich dziesiątkach lat wykonane. Mówiąc o wrotach zakażenia w życiu pozapłodowem, trzeba mieć na uwadze wrota zakażenia przypadkowe, patologiczne i wrota zakażenia stale istniejące, a więc fizyologiczne.

Nie ulega wątpliwości, że, jeżeli zarazki dostaną się do rany, czy to rany w skórze, czy błonie śluzowej, może nastąpić zakażenie całego ustroju. Będą to wrota zakażenia przypadkowe, patologiczne. Atoli w chorobach zakaźnych, osobliwie nagminnie panujących, przypadkowe wrota zakażenia zdają się odgrywać jeno drugorzędną rolę. Wiele rzeczy przemawia jednak za tem, że prócz przypadkowych wrót zakażenia istnieją i inne, stale dla mikrobów otwarte. W przeciwnym bowiem razie trudno byłoby pojąć łatwość, z jaką zarażają się ludzie zdrowi, stykając się z chorymi na choroby zakaźne, lub tylko wskutek zetknięcia się z zarazkami, n. p. w pracowni. Aczkolwiek krótkie są dzieje bakteryologii, to jednak zapisały one niejeden już przypadek zakażenia się badaczów, którzy mieli do czynienia z zarazkami. Dość wspomnieć tragiczną śmierć Müllera, Sachsa, Wyżnikiewicza, którzy, zaraziwszy się w pracowni dżumą, badania swoje śmiercią przypłacili.

Poszukiwanie stale istniejących w ustroju wrót zakażenia przedstawia niemałe trudności. Albowiem jeśli w rzeczy samej istnieją fizyologiczne wrota zakażenia, to dla zbadania ich w wielu przypadkach nie mogą wystarczyć poszukiwania tylko anatomiczne, gdyż zarazki, przechodząc przez takie wrota, mogą tam oczywiście żadnych zaburzeń, a tem bardziej widocznych zmian anatomicznych nie wywoływać. Do wyjaśnienia zatem sprawy, czy wogóle istnieją fizyologiczne wrota zakażenia i gdzie się w ustroju znajdują, potrzeba często nadto badań doświadczalnych.

Najwięcej badań doświadczalnych poświęcono wyświetleniu roli przewodu pokarmowego, narządu oddechowego i skóry, jako fizyologicznych wrót zakażenia.

Był czas, kiedy powszechnie niemal sądzono, że zarazki w głąb ustroju dostają się przeważnie przez rany w skórze, choćby to były rany bardzo drobne. Przypuszczano przytem, że rany ziejące służyć mogły za wrota zakażenia jedynie tlenowcami, że natomiast przez takie rany wobec dostępu powietrza, a więc i tlenu, nie może nastąpić zakażenie beztlenowcami. W ostatnich jednak czasach udowodniono, iż tak zwane bezwzględne beztlenowce mogą nietylko żyć, ale i rozwijać się dobrze i wobec dostępu powietrza: jeżeli n. p. do zwykłej pożywki, do której dostęp powietrza nie jest utrudniony, włożymy kawałek świeżej jałowej tkanki zwierzęcej i zaszczepimy do takiej pożywki beztlenowce, to rozwijają się one wcale dobrze. Wobec tego faktu trudno utrzymywać nadal, że tylko tlenowce, dostawszy się do rany ziejącej, mogą zakazić ustrój. Raczej godzi się przypuszczać, że również i dla beztlenowców może służyć za wrota wejścia do ustroju każda rana, bez względu na to, czy to będzie rana zakryta, czy też ziejąca. O możliwości zakażenia przez ranę w skórze nikt obecnie nie wątpi. Atoli należało jeszcze zbadać, czy mikroby i przez nieuszkodzony naskórek przechodzić mogą. Liczne doświadczenia, w celu tym przedsięwzięte, dowiodły, że istotnie przez nieuszkodzony nabłonek skórny mikroby przechodzić mogą, a nawet wywołać ogólne zakażenie. Do wywołania jednak zakażenia nie wystarcza proste zetknięcie się mikrobów ze skórą; potrzeba, aby mikroby zostały w skórę do pewnego stopnia wtarte. Tak n. p. posmarowanie skóry czystą hodowlą gronkowca złocistego ropnego nie wystarcza, aby sprawę ropną w skórze wywołać; powstaje ona tylko wtedy, gdy się wspomniane zarazki w skórę niejako wetrze. Prócz tego zauważono, że przez nieuszkodzoną skórę można wywołać u zwierząt chorobę zakaźną takimi tylko zarazkami, które dla danego gatunku zwierząt są najjadowitsze. Tak świnki morskie, a więc zwierzęta na zakażenie wąglikiem bardzo wrażliwe, padały zawsze po zakażeniu ich przez skórę prawidłową laseczników wąglika, jak tego dowodzą doświadczenia Machnoffa, oraz badania Wasmutha. Natomiast Schimmelbusch na królikach otrzymał inne wyniki, gdyż z 14 zwierząt, do doświadczeń użytych, padły tylko trzy, u których w rzeczy samej nastąpiło śmiertelne zakażenie wąglikiem przez nieuszkodzoną skórę. Podobnież Schimmelbusch oraz Wasmuth stwierdzili, że u ludzi zawsze można wywołać ropienie gronkowcami i paciorkowcami ropnymi przez nieuszkodzoną skórę, lecz nigdy nie można było wywołać w takiż sposób ropienia u świnek morskich i królików.

Badania nad przepuszczalnością skóry prawidłowej dla mikrobów posiadają dla patologii ludzkiej spore znaczenie i z tego względu, że wykonano je nietylko na zwierzętach, lecz i na ludziach. Stąd otrzymane wyniki można uważać za całkiem pewne, gdy natomiast wyniki doświadczeń na zwierzętach prawie nigdy nie mogą mieć dla patologii ludzkiej wartości bezwzględnej. Na to, że istotnie przez nieuszkodzoną skórę ludzką mikroby mogą przechodzić, posiadamy dowody bezpośrednie. Pewien badacz niemiecki człowiekowi młodemu, umierającemu, wcierał w skórę hodowlę gronkowców, w następstwie czego w skórze powstały sprawy ropne. W 24 godziny potem chory zmarł. Badacz, o którym mowa, przystąpił niezwłocznie do histologicznego zbadania miejsc skóry, do których wcierał był gronkowce. Okazało się, że naskórek był nieuszkodzony, a tylko w torebkach, naokoło włosów, znajdowały się liczne gronkowce. A więc doświadczenie wspomniane, którego w taki sam sposób ze względów łatwo

zrozumiałych nikt nie powtarzał, przemawia za tem, że istotnie zarazki mogą dostawać się przez skórę ludzką, wtedy nawet, gdy naskórek nie uległ żadnemu uszkodzeniu.

Pogląd o przepuszczalności skóry prawidłowej dla mikrobów na zasadzie powyższych wyników badań doświadczalnych został prawie powszechnie przyjęty. Lecz całkiem inaczej ma się rzecz ze sprawą przepuszczalności prawidłowej błony śluzowej przewodu pokarmowego dla mikrobów. W tej sprawie mimo licznych badań dotąd zupełnej zgody między badaczami niema. Chociaż już dawniejsze badania przemawiały poniekąd za tem, że błona śluzowa przewodu pokarmowego może przepuszczać mikroby w głąb ustroju, to jednak badania rzeczone nie znalazły wśród uczonych wielkiego posłuchu. Miały one bowiem tę słabą stronę, iż prowadzono je dość jednostronnie. Jednostronność zaś rzeczonych badań polegała na tem, że uczeni, jak Wesener, Orth i inni, którzy doświadczenia wykonywali w celu zbadania przepuszczalności błony śluzowej przewodu pokarmowego dla mikrobów, podawali zwierzętom z jadłem wyłącznie zarazki gruźlicze, a więc mikroby jadowite. Badacze ci utrzymują, iż w doświadczeniach tych zdołali stwierdzić zakażenie zwierząt gruźlicą, chociaż w przewodzie pokarmowym zmian nie było. Doświadczeń ich jednakże nie można uważać za wystarczające do wysnucia wniosku, że mikroby w warunkach prawidłowych mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego; albowiem wprowadzali oni zwierzętom do przewodu pokarmowego prątki gruźlicze, a więc takie mikroby, które mogą wywoływać miejscowe zmiany w przewodzie pokarmowym. Zmiany te mogą być tak nieznaczne, iż łatwo można ich nie zauważyć. A że istotnie w błonie śluzowej przewodu pokarmowego zwierząt, którym podawano wraz z jadłem prątki gruźlicze, mogą łatwo zmiany powstawać, na to zdają się wskazywać badania Baumgartena, który mniema, że i u zwierząt, na których wykonywali doświadczenia poprzedni badacze, były również bardzo nieznaczne zmiany w błonie śluzowej przewodu pokarmowego, przez nich jednak nie spostrzeżone. Wobec przeto niezgodności wyników doświadczeń rozmaitych badaczów, którzy podawali zwierzętom wraz z jadłem prątki gruźlicze, nie można było rozstrzygnąć sprawy, czy mikroby mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego w warunkach prawidłowych. Na szczególną jednak uwagę zasługują niezmiernie ścisłe badania Dobrokłońskiego, ogłoszone w 1890 r. Zauważył on niejednokrotnie w skrawkach z jelita świnek morskich, którym wprowadzał był do przewodu pokarmowego prątki gruźlicze, rzeczone zarazki w kosmkach, tuż pod warstwą nabłonkową lub w pewnej od niej odległości. Dobrokłoński znajdował w niektórych preparatach prątki gruźlicze między komórkami nabłonka kosmkowego, przyczem część prątka do światła jelita wystawała. W samej warstwie nabłonkowej można było stwierdzić zarazki gruźlicze tylko w nader nielicznych preparatach; były one tam albo wolne, lub wewnątrz leukocytów. Dobrokłoński ze szczególnym naciskiem zaznacza, że warstwa nabłonkowa błony śluzowej jelit była zupełnie prawidłowa, nie wyłączając tych miejsc, w których prątki gruźlicze znajdowały się tuż pod tą warstwą. Doświadczenia Dobrokłońskiego nie znalazły wielkiego uznania i w dalszym ciągu uważano sprawę przechodzenia mikrobów przez prawidłową błonę śluzową przewodu pokarmowego za nierozwiązaną. Świadczy o tem dowodnie okoliczność, iż w ostatniem dziesięcioleciu pojawił się cały szereg rozpraw, poświęconych sprawie wchłaniania mikrobów w przewodzie pokarmowym. Jedni badacze, jak Nocard, Porcher i Desoubry utrzymywali, że mikroby bardzo łatwo zostają wchłaniane w przewodzie pokarmowym w czasie trawienia, zwłaszcza jadła tłustego. Według badaczów wspomnianych wchłonięte w jelicie mikroby przechodzą z mlecza do krwi, skąd dalej do płuc i innych narządów. Drudzy natomiast badacze, mianowicie Neisser i Opitz, twierdzili, również na zasadzie doświadczeń na zwierzętach, że błona śluzowa przewodu pokarmowego mikrobów wcale nie przepuszcza. Ponieważ jednak poszukiwaniom tak pierwszych badaczów, jak i drugich, można było niejedno zarzucić, jak tego dowiódł między innymi Rogoziński, przeto i po tych badaniach sprawy przepuszczalności dla mikrobów prawidłowej błony śluzowej przewodu pokarmowego za rozstrzygniętą żadną miarą uważać nie było można. Do wyjaśnienia wspomnianego zagadnienia przyczyniły się w pewnej mierze doświadczenia, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej, przedewszystkiem przez Rogozińskiego, a później i przez innych. Doświadczenia te wykonano na zwierzętach, należących do rozmaitych gatunków, a mianowicie na żabach, gołębiach, świnkach morskich, królikach, kotach i psach. Zwierzętom dawano z jadłem różne gatunki mikrobów, jako to: *b. prodigiosum*, *b. kiliense*, *b. mycoides*, *b. fluorescens n. liq.*, *b. pyocyaneus*, *b. violaceus*. Najczęściej dawano zwierzętom *b. prodigiosum*, *b. fluorescens n. liq.* i *b. kiliense*. Okazało się, że mikroby, wprowadzone zwierzętom do przewodu pokarmowego, w pewnej liczbie przypadków przechodziły w głąb ustroju. U zwierząt ciepłokrwistych najczęściej można było wyhodować mikroby, wprowadzone do przewodu pokarmowego z gruczołów krezkowych, rzadziej z gruczołów oskrzelowych, płuc, szpiku kostnego, wątroby, śledziony, nerek, nigdy zaś nie wyhodowano ich z moczu, żółci i ze krwi, czerpanej bądź z żyły wrotnej, bądź z żył krezkowych.

Co się tyczy poszczególnych gatunków zwierząt ciepłokrwistych, to stwierdzono, iż najczęściej mikroby przechodziły z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych u psów, najrzadziej zaś u królików. Ponieważ zwierzęta, do doświadczeń użyte, były zdrowe i w przewodzie pokarmowym tych zwierząt nie zauważono żadnych zmian chorobowych, przeto wspomniane wyżej wyniki badań doświadczalnych można było uważać za dowód, że mikroby w warunkach prawidłowych mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Badaniom, o których mowa, uczyniono jednak pewne zarzuty, streszczające się w zdaniu, że w doświadczeniach wspomnianych przechodzenie mikrobów przez błonę śluzową przewodu pokarmowego nie odbywało się w warunkach prawidłowych. Z taką krytyką wystąpił Klimenko, który, na zasadzie własnych badań, doszedł do cokolwiek innego wniosku, a mianowicie, że »przechodzenie mikrobów przez zdrową, nieuszkodzoną ścianę jelit może się odbywać co najwyżej tylko u zwierząt chorych«. Nie wdając się nawet w szczegółową krytykę badań Klimenki, można dowieść, że zarzuty Klimenki, uczynione badaniom krakowskim, nie mogą być uważane za bezwzględnie słuszne. Klimenko twierdzi, że w doświadczeniach, w krakowskim Zakładzie patologii wykonanych, przechodzenie mikrobów przez ścianę jelita nie odbywało się w warunkach prawidłowych, gdyż po pierwsze, zwierzętom wprowadzano do przewodu pokarmowego mikroby jadowite, a do nich zaliczyć należy zdaniem Klimenki nawet prątki krwawe (*b. prodigiosum*), ponieważ niedawno ogłoszone badania Bertarelliego stwierdziły, że mikrob ten jest jadowity dla królików, świnek morskich, a osobliwie dla szczurów białych i myszy białych; powtóre, że do doświadczeń użyto takich zwierząt, jak psy, króliki i świnki morskie, które, zdaniem krytyka, w przeważnej części należy uważać za zwierzęta chore, gdyż wśród nich całkiem zdrowe mają się znajdować tylko nader rzadko. Co się tyczy pierwszego zarzutu, to zaznaczyć należy, że zwierzęta, na których wykonano doświadczenia w krakowskim Zakładzie patologii, dostawały z jadłem nietylko mikroby jadowite, lecz także niejadowite, jak n. p. *b. fluorescens non liq.*, które jednak przez błonę śluzową przechodziły. Rzecz godna podkreślenia, że prątek krwawy (*b. prodigiosum*) przechodził najczęściej przez ścianę jelita u psów, lubo nikt dotąd nie stwierdził, aby właśnie dla psów rzeczony mikrob był jadowity. Czy słuszne jest twierdzenie Bertarelliego, które Klimenko za pewnik niemal przyjmuje, że mikrob ten może wywołać rozmaite zaburzenia u królików, świnek morskich, białych szczurów i myszy, że więc jest to mikrob jadowity, to dopiero późniejsze badania ostatecznie rozstrzygną. Dotąd bowiem prątka krwawego powszechnie uważano za mikroba zgoła nieszkodliwego. Doświadczenia, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii, stwierdziły, że prątek ten nie wywołuje żadnych zaburzeń u królików i świnek morskich, gdy się go wprowadza do przewodu pokarmowego. I tak króliki dostawały wraz z jadłem codziennie hodowle prątka krwawego w ciągu 4 do 30 dni, a świnki morskie w ciągu 2 do 60 dni. Przez cały ten czas zwierzęta wyglądały zupełnie zdrowo. Łaknienie nie było upośledzone. Prawie wszystkim na wadze przybywało. Nie można było u nich zauważyć za życia żadnych zaburzeń ani jelitowych, ani ogólnych. Badanie pośmiertne nie wykryło także żadnych zmian. (Dok. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Doc. Braunsztein. **Znaczenie drożdży** (*blastomycetes*) **w powstawaniu złośliwych nowotworów.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 13). Braunsztein (z Instytutu imienia Morozowych w Moskwie) na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, poczynionych na chorych na złośliwe nowotwory przy leczeniu surowicą Własjewa, doszedł do następujących wniosków: 1) Pod wpływem wstrzykiwań do tkanek

hodowli drożdży rozwija się ziarniniak w postaci nowotworu, nie zwiększającego się, lecz z biegiem czasu rozpadającego się zupełnie lub zabliźniającego się. 2) Żadna z opisanych dotąd postaci drożdży nie wywołuje nowotworu, podobnego utkaniem do raka lub mięsaka 3) Histologiczna budowa nowotworów, sztucznie wywołanych przez wstrzykiwania drożdży, charakter przerzutów, brak charłactwa rakowego, obecność drożdży w narządach zdrowych ludzi, — wszystko to przemawia przeciwko uznaniu drożdży za czynnik, sprowadzający nowotwory złośliwe. 4) Surowica Włajewa nie jest swoistą dla złośliwych nowotworów, czego dowodem są ujemne wyniki, które otrzymał autor przy leczeniu nią chorych na raka.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Baron. **Cukrzyca nadnerczowa.** (*Wraczebnaja gazieta* 1906, Nr. 1). Baron (z patologicznego zakładu prof. Afanasjewa w Dorpacie) starał się dociec istotę cukrzycy nadnerczowej. Cukrzycę wywoływał autor adrenaliną (Pohl), suprareniną (z fabryki w Höchst), wyciągami z nadnercza — całego, lub jego części — korowej lub rdzennej oddzielnie. Te przetwory autor wstrzykiwał pod skórę, do żył i do jamy brzusznej. Wnioski autora są następujące: 1) Cukromocz pod działaniem przetworów nadnercza zjawia się zawsze, nawet wtedy, kiedy kawałki nadnercza wszywano do jamy brzusznej zwierzęcia. 2) Odwrotny skutek wywołuje nietylko pierwotny wyciąg z nadnercza, lecz i wtórny, chociaż w słabszym stopniu. 3) Od rodzaju pokarmu zależy natężenie, lecz nie zjawienie się cukrzycy. 4) Jeżeli w kilka godzin po pierwszem wstrzyknięciu zrobić drugie, ilość cukru w moczu nie zwiększa się, jeżeli dodać do wyciągów przetwory, które przeszkadzają szybszemu ich rozpadowi. (naprz. fenol, tymol). 6) Wyciąg z prawdziwego ciałka żółtego nie wywołuje cukrzycy. Przy cukrzycy znajdujemy zawsze cukier we krwi (*glycaemia*), oprócz tego zwiększenie białych (rzeczywista eozynofilia) i czerwonych krwinek. 8) Przy jednoczesnem wprowadzeniu przetworów nadnercza i jodotyryny lub tyreoidyny, cukier w moczu zjawia się w mniejszej ilości. 9) Wstrzyknięcie przetworów nadnercza wywołuje obniżenie sprawy utleniania, za czem przemawia zjawianie się cukrzycy, obniżenie ciepłoty i zmniejszenie ilości cukru w moczu przy jednoczesnem wprowadzaniu przetworów nadnercza i sperminy. 10) Cukrzyca nadnerczowa przedstawia tylko rodzaj cukrzycy trzustkowej. 11) Wyciąg z istoty korowej nadnercza wywołuje cukrzycę, a z istoty rdzennej, stosowany nawet w niewielkich ilościach, wywołuje śmierć. 12) Przez usta podane przetwory nadnercza nie działają; nie działa też i odwłókniona krew zwierząt, którym uprzednio wstrzyknięto wyciąg z nadnercza. 13) Wstrzykiwanie przetworów nadnercza w ciągu dłuższego czasu wywołuje u zwierząt niestałą, lecz przemijającą cukrzycę. 14) Śmiertelną dawkę adrenaliny dla psa stanowi 1,5—1,8 ctm. środka na 1 kilogr. wagi, dla królka 1—1,4 (na kilogr.).

Z. Orłowski (Ptbg.).

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dawydow. **Przypadek choroby Adams-Stokesa z objawami** *allorythmia atrio-ventricularis.* (*Medicinskoje obozrenie*, Nr. 4, 1906). Chory, l. 57, włościanin, wstąpił dnia 30/III 1905 do szpitala, skarżąc się na ogólne osłabienie, zawroty głowy z następową niekiedy utratą przytomności. Żadnych chorób nie przechodził; przez dwadzieścia lat (od 27-go r. ż.) znacznie nadużywał wyskoku. W 30 r. ż. cierpiał na obłąkanie opilcze i przebył wówczas kilka miesięcy w szpitalu; w ostatnich dziesięciu latach zupełnie pić przestał. Początek choroby datuje się od 1898 r.; wówczas doznał chory po raz pierwszy nagle bardzo silnego zawrotu głowy, poczem przez kilka miesięcy czuł się zupełnie dobrze. W 1900 r. zawroty głowy zaczęły się pojawiać w coraz krótszych odstępach, a w 1901 po raz pierwszy chory stracił przytem przytomność; takie napady powtarzały się w następnych latach z kilkumiesięcznemi przerwami. Badanie przedmiotowe stwierdziło znaczną bladość powłok skórnych, sinicę warg i języka, nieznaczny niedowład jelit, rozedmę płuc. Uderzenie koniuszkowe serca nie widoczne, tony serca głuche, a przedewszystkiem uderza ich rzadkość, co do ilości bowiem odpowiadają liczbie uderzeń tętna w tętnicy sprychowej, która wynosi 25 na minutę. Tętno dosyć silnie napełnione, dobrze napięte, w obu tętnicach sprychowych współczesne; w pozycyi leżącej dość wybitne tętnienie żył szyjnych, zwłaszcza po stronie prawej, które po wstrzymaniu oddychania nie ustępuje; ilość tych pulsacyi żylnych na minutę przewyższa 3—4 razy ilość uderzeń tętna w tętnicy sprychowej. Przy badaniu promieniami Roentgena doskonale można było widzieć skurcze obu komór, które były równoczesne z tętnem tętnicy sprychowej, 25 uderzeń na minutę; skurcze przedsionków nie widoczne, natomiast bardzo wybitnie rysowały się ruchy tętniące zstępującej aorty. Badanie krwi: hemoglobiny 90 prc., krwinek czerwonych 5,600.000, ilość krwinek białych nie powiększona. Układ nerwowy: wybitny dermatografizm, odruchy wzmożone, skłonność do pocenia się w znacznym stopniu, chłodność kończyn, zawsze się utrzymująca, czucie prawidłowe, wzrok dobry (*presbyopia*), dno oka bez zmian, źrenice szerokie, lewa rozszerza się trochę więcej, niż prawa, stan psychiczny prawidłowy. Chory nie skarżył się nigdy na duszność i wogóle ani razu nie spostrzegano u niego objawów niedomogi serca. — Chory najlepiej czuje się, gdy leży, przy chodzeniu bowiem natychmiast występują u niego zawroty głowy z następową utratą przytomności. Przebieg takiego napadu, których autor spostrzegał bardzo wiele, bo niemal przy każdej próbie siadania lub wstania, cechował się następującymi objawami: najpierw pojawiał się zawrót głowy, chory blednie, źrenice nadmiernie się rozszerzają, gałki oczne zwracają się ku górze, język zwisa na zewnątrz i sinieje, występują skurcze drgawkowe w mięśniach kończyn górnych i dolnych; rozpoczęcie samego napadu poprzedza głęboki wdech, poczem oddychanie zupełnie ustaje, tętno słabnie, uderzenia jego stają się bardzo rzadkie, a czasem niewyczuwalne; wszystko to trwa $^1/_4$—$^1/_3$ minuty, potem drgawki ustępują, chory zaczyna oddychać, a z pierwszym oddechem wraca przytomność, która podczas całego napadu jest zupełnie zniesiona. Napady te przypominają lekkie postacie padaczki. Na pierwszy plan podczas całego przebiegu napadu występują zmiany w zakresie serca, układu naczyniowego i nerwowego. Liczba tętna przez cały czas pobytu chorego w szpitalu w przeciągu trzech miesięcy wynosiła najwyżej 30 (tylko dwa razy), a zwykle 27, 25, 20, a podczas napadu 19, 18 na minutę. Przypadek ten uważa autor za przejściowy między bradykardyą wrzekomą, a rzeczywistą, rozumiejąc przez bradykardyę rzeczywistą stan, przy którym skurcze serca są bardzo rzadkie i odpowiadają w zupełności liczbie tętna w tętnicach obwodowych, przyczem przez pojęcie skurczu należy rozumieć tak skurcz przedsionków, jak i komór; wrzekomą zaś bradykardyą nazywa autor stan, przy którym tętno w naczyniach obwodowych jest rzadsze od skurczów serca, bez względu na to, czy to skurcze są całkowite, czy częściowe. W opisanym przypadku, jak wyżej wspomniano, występuje przy leżącem położeniu tętnienie żył szyjnych, nie ustępujące przy zatrzymaniu oddechu i na minutę 3—4 razy przewyższające liczbę uderzeń tętna w tętnicy sprychowej, które należy odnieść do skurczu przedsionków tak, że na jeden skurcz komór przypada 3—4 skurcze przedsionków. Przypadek swój zalicza autor do typowych rzadkich obrazów, opisanych pod nazwą choroby Adams-Stokesa. Co do etyologii danego przypadku, to autor wyłącza zatrucie, podawane jako jeden z częstych powodów bradykardyi, (chory wyskoku nie używa już lat dziesięć, nie pali, narządy moczowe prawidlowe) i za główną przyczynę choroby uważa najprawdopodobniej zmiany miażdżycowe w rdzeniu przedłużonym, za których istnieniem przemawia miażdżyca tętnic obwodowych, tętnicy głównej i prawdopodobnie tętnic wieńcowych serca, oraz stopniowe wzmaganie się choroby, jej powolne przejście od słabych zawrotów głowy, w rzadkich odstępach czasu występujących, do coraz częstszych napadów z następową utratą przytomności. Jako środka leczniczego autor używał jodu, jednak tylko z bardzo nieznacznem polepszeniem opuścił chory szpital.

Bolesław Swolkień (Ptbg.).

Dufourt. **Jakim wskazaniom podlega żywienie chorych na kamicę wątrobną.** (*Presse méd.* Nr. 22, 1906). Warunki chemiczne, przy których cholesteryna utrzymuje się w rozczynie w żółci, są następujące: mała ilość cholesteryny, obecność kwasów tłuszczowych, jaknajwiększa ilość kwasów żółciowych, znaczna ilość sodu i potasu, wapna jaknajmniej, jaknajmniej innych kwasów organicznych (poza kwasami żółciowymi), odczyn jaknajbardziej zasadowy. Biorąc te dane za punkt wyjścia, autor sądzi, że żywienie chorych na kamicę wątrobną ma odpowiadać czterem następującym wskazaniom. I. Dyeta powinna przeszkadzać zakażeniu dróg żółciowych, co spełnimy, podając chorym jako pokarm — mleko; przy dyecie mlecznej gnicie w jelitach jest najmniejsze, przy dyecie mięsnej największe, jaja stoją w pośrodku. II. Drugiem wskazaniem jest utrzymanie prawidłowego składu żółci. Stan zapalny zwiększa ilość cholesteryny i żółci i z tego zatem względu należy przeciwdziałać zakażeniu. Natomiast niepodawanie jaj, móżdżku, krwi, z obawy, że pokarmy te zawierają dużo cholesteryny, jest nieuzasadnione, gdyż obecność cholesteryny w pokarmach niema wpływu na zwiększanie się jej ilości w żółci. Ponieważ mydła i sole zasadowe kwasów żółciowych rozpuszczają cholesterynę, należy podawać łatwo ulegające zmydleniu tłuszcze, dużo soli potasowcowych, a dla zwiększenia wytwarzania kwasów żółciowych mięso w skromnej ilości, gdyż w większej ilości podane zwiększa mięso wytwarzanie nietylko kwasów żółciowych, ale i barwików, drugiego zasadniczego składnika kamyków żółciowych. Wapno, wprowadzone z pokarmami, niema wpływu na zwiększanie się jego ilości w żółci; jeśli mimoto nie należy podawać wód wapiennych, to głównie dlatego, że szkodzą one często przewodowi pokarmowemu. III. Należy

wywołać jaknajobfitsze wydzielanie żółci. Najlepiej pod tym względem działa mięso (przez obfite wytwarzanie kwasów żółciowych); tłuszcze raczej zmniejszają ilość żółci, należy je zatem tylko jako lek, a nie jako pokarm podawać. Węglowodany o wiele słabiej działają od mięsa. Nadto skrobia nie wywiera wpływu na wydalanie żółci do dwunastnicy. Według Pawłowa bowiem, zwieracz ujścia przewodu stale jest zamknięty, a tylko przy przechodzeniu pokarmów przez odźwiernik odruchowo się otwiera, przyczem różne pokarmy z różną siłą odruch ten wywołują — najsilniej białko; słabiej mleko, tłuszcze; jeszcze słabiej materye wyciągowe; skrobia zaś wcale nie działa na wydalenie żółci. IV. Ponieważ jednak pobranie pokarmów ma tak ważne działanie na odpływ żółci, należy pokarmy podawać jaknajczęściej, nie prędzej jednak, aż żołądek zupełnie się opróżni po posiłku poprzednim, przez co żółć podczas tej przerwy w odpływie może się odnowić w pęcherzyku. W ten sposob odpływ żółci uczynimy niemal stałym. — Streszczając swe poglądy dla celów praktycznych, radzi autor w kamicy żółciowej z częstemi kolkami podawać mleko w małych ilościach, a często, także w nocy, później dodawać węglanów potasowców i świeżego masła. W kamicy zaś z rzadkimi napadami należy unikać nadmiaru pokarmów, podawać mięso w skromnej ilości raz dziennie, na wieczerzę zastąpić mięso jajami. Ilość węglowodanów ze względów wyżej podanych ograniczyć jaknajbardziej, ilość chleba i bułek ograniczyć także ze względu na ich znaczną zawartość kwasu fosforowego, który zwiększa kwaśność soku. Nieszczędzić łatwo przechodzących w zawiesinę tłuszczów, natomiast usunąć trudno przechodzące w zawiesinę, jak masło topione, słoninę, oliwę, tłuste mięso. Resztę dań dopełnić zielonemi jarzynami, cennemi ze względu na dużą ilość potasowców i cellulozy, przyspieszającej ruchy robaczkowe jelit, śmietaną, grochem, ziemniakami, soczewicą. Wyskok i korzenie usunąć ze względu na przekrwienie wątroby. Posiłki powinny być częste.

Dr. Mostowski.

A. Schmidt. **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 13, 1906). Autor, powołując się na pomysł Brauera, który w przypadku gruźlicy jednego płuca wprowadził do jamy opłucnej wyjałowiony azot, podaje w krótkości swoją metodę, zastosowaną w kilku przypadkach, zastrzegając sobie dalsze jej rozwinięcie i omówienie jej znaczenia leczniczego. Polega ona na wprowadzeniu wyjałowionych gazów (czystego tlenu lub powietrza) w gruźlicy jednego szczytu, a wyjałowionych płynów (roztworu soli lub oliwy) w przypadkach gruźlicy jednostronnej dolnych płatów do jamy opłucnej zapomocą tępego, rurkowatego trójgrańca, przeprowadzonego przez 1 ctm. długą, ostrą pochwę. Wyników tego postępowania autor nie podaje.

Maciąg.

Schiassi. **»*Splenocleisis*« w niedokrwistości śledzionowej (*anaemia splenica*) i chorobie Bantiego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1906, Nr. 11). Niedokrwistość śledzionowa cechuje się powoli postępującą niedokrwistością przy znacznie powiększonej śledzionie, bez zmian białaczkowych we krwi i bez powiększenia gruczołów. Chorobą zaś Bantiego nazywamy postać chorobową, która rozpoczyna się pierwotnem powiększeniem śledziony przy stałej niedokrwistości, w przebiegu której powstaje marskość wątroby, puchlina brzuszna, gruczoły zaś limfatyczne żadnej nie ulegają zmianie. Tak w jednym, jak i w drugim przypadku zmianą pierwotną i przyczyną niedokrwistości jest powiększenie się śledziony. Badanie krwi stwierdza znaczne zmniejszenie się liczby ciałek białych, i to wielojądrzastych, wskutek zajęcia śledziony jako jednego z narządów krwiotwórczych. Inne zaś narządy krwiotwórcze zastępczo działać nie mogą z powodu ogólnego schorzenia i osłabienia. Wskutek powiększenia się śledziony krew dłużej się w śledzionie zatrzymuje i wystawioną jest na działanie fermentu proteolitycznego (*lienasis*). Chcąc zatem ilość krwi w śledzionie zmniejszyć i temsamem obieg krwi przyspieszyć, podaje autor zabieg, który nazwał: *splenocleisis*. Polega on na wytworzeniu grubej, włóknistej warstwy, poprostu torebki około śledziony przez ścisłe tamponowanie gazą jodoformową. Po dniach pięciu tampony się wydobywa i ranę zaszywa. Dla leczenia choroby Bantiego poleca Schiassi kombinacyę przyszycia sieci (*omentopexis*) i obecnie podanej operacyi (*splenocleisis*). Pierwszy zabieg ma usunąć puchlinę i poprawić czynność wątroby, drugi — zmniejszyć przekrwienie śledziony.

Łapiński.

PEDYATRYA. Babonneix. **Urojenia wielkości w porażeniu postępującem wieku młodego.** (*Revue des mal. de l'enf.*, marzec, 1906). Autor zestawia około 100 przypadków porażenia postępującego w wieku dziecięcym, znanych z piśmiennictwa. Autor zwraca się przeciw utartemu zapatrywaniu, że urojenia wielkości są u dzieci wyjątkowe, gdyż spostrzegano je w 12 do 14 prc. przypadków. Myślenie dziecięce wyciska na nich piętno: są to małe, naiwne urojenia wielkości. Dziecko twierdzi, że ma nieskończenie wiele wybornych rzeczy do jedzenia, lub że potrafi jeść więcej, aniżeli inne — do 100 dań, wogóle wyobraża sobie, że jego żołądek jest środkiem świata, inne, że posiada wielki majątek, dosięgający kilku groszy, że ma 500 gorylów, lub że zna inspektora itp. U dzieci starszych urojenia mogą być bardzo podobne do tych, które się spostrzega u dorosłych. Oprócz porażenia postępującego jeszcze tylko otępienie przedwczesne może wchodzić w rachubę jako przyczyna urojeń wielkości przed 20 rokiem życia. Inne przyczyny są bardzo rzadkie.

Lewkowicz.

Terrien. **Usiłowania i wyniki żywienia osesków polewkami słodowanemi.** (*Revue des mal. de l'enf.*, marzec, 1906). Autor po licznych niekorzystnych wynikach polewkami, sporządzonemi według różnych przepisów, osiągał stale wyniki dobre zapomocą polewki, w której skrobia pod wpływem słodowania ulega tylko rozpuszczeniu, a nie ulega przemianie w cukier. Wskazanie do stosowania tej polewki stanowią przedewszystkiem sprawy żołądkowo-jelitowe przewlekłe, lub okres zdrowienia po sprawach ostrych.

Lewkowicz.

Tschernow. **Niedrożność jelit u dzieci; zawęźlenie pętli esowatej.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, marzec, 1906). Opis przypadku zawęźlenia pętli esowatej u chłopca 10-letniego. Cierpienie to zdarza się u dzieci bardzo rzadko. Do powstania zawęźlenia konieczne są: utrudnienie przechodzenia kału do odbytnicy (zagięcie) i zmiany bliznowate krezki, zwężające podstawę pętli.

Lewkowicz.

Helena Stoelzner. **Gęstość osmotyczna najużywańszych pokarmów niemowlęcych.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, marzec, 1906). Gdy gęstość drobinowa mleka kobiecego i krowiego równa się stale gęstości drobinowej krwi, to w rozmaitych sztucznych pokarmach dla niemowląt waha się ona od — 0,17 do — 1·70. Najbardziej hipotoniczne są czyste odwary mączne, najbardziej hipertoniczne mieszaniny zgęszczonego mleka szwajcarskiego. Gęstość ta waha się także w jednem i temsamem pożywieniu bardzo znacznie zależnie od wieku, dla którego pożywienie według przepisu przyrządzono. Szczegóły te niewątpliwie mogą być ważne dla trawienia i wessania. Według autorki stwierdzane dotychczas dłuższe przebywanie w żołądku drobinowo gęstszych pokarmów może być pozorne, gdyż muszą one wywoływać większe wydzielanie z błony śluzowej.

Lewkowicz.

Hedinger. **Mors thymica u noworodków.** (*Jahrb. für Kinderh.* t. 63, marzec, 1906). Autor opisuje 10 przypadków czystego przerostu grasicy i siedem przypadków, w których obok przerostu grasicy znaleziono powiększenie gruczołu tarczowego. Przebieg kliniczny był następujący: Po porodzie prawidłowym, rzadziej sztucznym, omdlały noworodek albo wogóle nie przychodzi do siebie, albo oddychanie staje się na razie prawidłowe, ale potem po kilku godzinach mniej lub więcej niespodziewanie ustaje. Czasem spostrzegano napady duszenia się przez kilka dni (Somma). Sekcya stwierdza zwykle sinicę i przekrwienie górnej połowy ciała. Grasica jest powiększona, niekiedy jednak powiększenie niewiele przekracza wymiary, uważane za prawidłowe. Mimoto zapomocą stwardnienia narządów szyjnych i piersiowych w formolu można stwierdzić niewątpliwe zaciśnięcie tchawicy, zwykle na miejscu skrzyżowania z tętnicą bezimienną. Narządy chłonne, narząd krwionośny, nadnercza były prawidłowe, co dowodzi, że powiększenie grasicy nie należy tu do obrazu *status lymphaticus*.

Lewkowicz.

Pater. **Dwie rzadkie postacie anatomiczne gruźlicy u niemowląt.** (*Rev. mens. des mal. d'enf.*, luty 1906). 1) Gruźlica płuc z wytworzeniem jamy i obfitem krwiopluciem u dziecka dwuletniego; 2) Obustronne zapalenie opłucnej z wytworzeniem grubych pokładów, częściowo serowatych — »*pachypleuritis*« — u oseska czteromiesięcznego.

Lewkowicz.

Roux i Josserand. **Gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych u dzieci w Cannes.** (*Revue des mal. de l'enf.*, styczeń 1906). Badania przedsięwzięto na materyale szkół i zakładów „kropli mleka". Posługiwano się oprócz sposobów zwykłych także radyoskopią, któremu to sposobowi dla stwierdzenia utajonych zmian w gruczołach oskrzelowych i płucach u dzieci przypisują autorowie bardzo wielkie znaczenie. Częstość w poszczególnych miesiącach życia i latach przytaczają autorowie w tablicach. Zmiany w gruczołach zawsze wskazywały zmiany płucne. Prawie zawsze oba szczyty były zajęte równocześnie, wyjątkowo tylko jeden.

L.

CHIRURGIA. Lexer. **W sprawie leczenia ostrych spraw zapalnych przekrwieniem zastoinowem.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 14, 1906). W czasach obecnego zapału do leczenia spraw zapalnych sposobem Biera za bardzo pożądaną uznać na-

leży pracę Lexera, omawiającego tę sprawę na zimno i bez zaślepienia. Lexer ogólny skutek przekrwień dzieli na 4 grupy spraw chorobowych. 1) Sprawy, gdzie naciek ustępuje zupełnie. Są to przypadki bez gorączki, lekkie, w których wczas zaczęto stosować przekrwienie. 2) Sprawy, w których szybko dochodzi do ropienia, ropa toruje sobie drogę na zewnątrz, gorączki niema. 3) Sprawy, w których naciek mięknie, lecz szerzy się i powiększa stale w głąb i na boki, gorączka nie opada, albo nawet wzrasta, a nieraz dołącza się różowate zajęcie skóry. 4) Sprawy, w których naciek szybko się powiększa i mimo przekrwienia występuje zajęcie naczyń limfatycznych, a nawet żylnych, gorączka ciągle wzrasta, a nieraz drobnoustroje przechodzą do krwi. Stosowanie przekrwienia przy zajęciu jam lub ich otoczenia, n. p. stawów, nieraz powoduje zgubne następstwa, jak n. p. przebicie się wysięku kołostawowego do samego stawu. Bier usiłuje zapobiegać temu z pomocą małych cięć, lub i nakłuć. Autor na mocy swego doświadczenia jest jednak zdania, że małe nacięcia wtedy nie wystarczają i trzeba wracać do dużych. Przekrwienie wywołuje zmiany w tkankach, które wyrażają się głównie w zmienionem wchłanianiu, tworzeniu się ciał ochronnych i fermentów proteolitycznych i w przesięku. Przy stosowaniu przekrwienia wadliwie, dołącza się nieraz skłonność do zakrzepów, zmiany w odżywianiu tkanek lub nawet ich obumarcie. Wchłanianie przy stosowaniu przekrwienia jest zwolnione, ale za to po zdjęciu opaski przyspieszone. Zmniejszone wchłanianie wyłącza ustrój z walki z zakażeniem, a tymczasem w miejscu chorobą dotkniętem zbierają się stale wydzielane przez drobnoustroje toksyny i powstałe z rozpadu mikrobów endotoksyny, a ciała te dla sąsiednich tkanek obojętnemi być nie mogą. Po zdjęciu opaski nagromadzone substancye dostają się do krążenia. To więc, co z pomocą cięć i sączkowania usuwamy na zewnątrz, tu zostawiamy w ustroju, skazując go na to, by sam tylko niszczył trucizny. W przypadkach lekkich przekrwienie spełni swe zadanie, w ciężkich zawiedzie pokładane w niem nadzieje. Laqueur twierdzi, że przy zastoinie 2-godzinnej zwiększa się znacznie bakteryobójcza siła krwi, a według Nötzela ilość ciałek białych krwi. Wielu twierdzi, że tkanka poddana zastoinie, jest jałową, tak jednak nie jest i aż do wyleczenia sprawy chorobowej zawsze można w niej znaleźć liczne drobnoustroje. Bezwątpienia mikroby ulegają w tkance, poddanej zastoinie, rozpuszczeniu, wywiązują się jednak przytem endotoksyny, a oprócz tego mikroby rozwijają się dalej. Ciągłe nasycanie organizmu temi endotoksynami wywołuje poprostu nadmierną wrażliwość ustroju i z tego też może powodu nieraz do przekrwień Biera dołącza się róża, lub różowate zajęcie skóry, rozchodzące się po danej kończynie aż dó miejsca, gdzie leży opaska. Pod wpływem przekrwienia naciek ustępuje, lub przeciwnie ulega zropieniu, a to pod wpływem proteolitycznych fermentów, tworzących się z rozpadu ciałek białych. Przekrwienie działa tu więc podobnie, jak kataplazm. W przypadkach takich przekrwienie ropienia się wstrzyma, a doświadczenie uczy, że szerokie nacięcie i tamponada nieraz to zdoła sprawić, n. p. w początkach dużych ropowic. Wysięk i przesięk zwiększa się przy przekrwieniu znacznie i może wprawdzie zbawiennie działać, jeżeli jest odprowadzany na zewnątrz, działa bowiem wtedy jako naturalny sączek, w razie jednak zamkniętego leczenia rany jest wprost szkodliwy, wywołuje bowiem nieraz przebijanie się wysięku do jam ciała, do stawów, podminowanie okostnej i t. d. Zdanie swe o przekrwieniu zastoinowem streszcza Lexer w końcu następująco: 1) zmienione stosunki wessania nie sprawiają szkody tylko w przypadkach lekkich, natomiast w cięższych stosować należy przy przekrwieniu rozległe nacięcia, by uchronić ustrój od zalania substancyami, nagromadzonemi podczas stosowania przekrwienia. 2) Wzmożone tworzenie się ciał ochronnych w tkance, poddanej zastoinie, jest mniejszej wagi wobec uwolnienia się wielkich ilości endotoksyn. 3) Wzmożone tworzenie się proteolitycznych zaczynów działa w otwartych ranach dobrze, w zamkniętych zaś może szkodzić innym tkankom, n. p. ścięgnom i wywołać ich obumarcie lub przebicie się ropy do sąsiedztwa. 4) Wzmożony przesięk i wysięk działać może korzystnie li tylko w ranach otwartych, w zamkniętych tylko szkodzi i jedynie szerokie nacięcia mogą wtedy jego wpływ korzystny przywrócić. 5) Leczenie przekrwieniem stosować można w przypadkach lżejszych, w cięższych zaś tylko jako pomocniczy leczniczy czynnik po zastosowaniu rozległych cięć. 6) Stosowanie wczesne ruchów również nie jest dobre, bo naraża ustrój na nawrót choroby; podobnie energiczne wyciskanie ropy. 7) Przyrządy Klappa działają korzystnie w lekkich bezgorączkowych przypadkach lub w ograniczonych początkowych sprawach ropnych, przedłużają jednak bardzo czas leczenia, a nacieki po wygojeniu pozostają znacznie dłużej, niż przy stosowaniu nacięć i sączkowania. — Lexer stosuje obecnie leczenie przekrwieniem w przypadkach ciężkich jedynie po wykonaniu rozległych nacięć, które tamponuje tylko celem zatrzymania krwotoku, a potem zaraz sączki usuwa. Przyrządami Klappa leczy tylko czyraki, początkowe zapalenia na palcach i zropiałe już nacieki. *A. E. Klęsk.*

K u h n. **Wilcza paszcza i intubacya przez usta.** (*Münch med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Autor poleca gorąco stosowanie intubacyi przez usta przy zeszywaniu podniebienia. Stosuje wziernik O'Dwyera, który umieszcza w lewym kącie ust, a rurę tubusa w prawym. Język spycha ku tyłowi i jamę gardła tamponuje. Operuje z głową w dół zwieszoną podług Rosego. W ten sposób operować można pewnie, dokładnie i szybko, unikając niemiłych przerw, koniecznych przy operowaniu zwykłym sposobem. *A. Klęsk.*

W e i n b e r g. **Nowe urządzenie celem bezpiecznego wykonywania wstrzykiwań podskórnych i śródżylnych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Autor podaje nową strzykawkę (firma Dewitt & Herz — Berlin), której igłę przez odpowiednie ustawienie łączyć można raz z cylindrem, a raz ze światem zewnętrznym, przez co po wkłuciu do żyły z początku krew odchodzi obok, co daje pewność, że jest się w żyle. Potem ustawia się kurek inaczej i płyn wstrzykuje do żyły. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. B a u m g a r t e n i H. P o p p e r. **O pojawieniu się ciał acetonowych przy zmianach części rodnych kobiecych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 12). Autorowie na podstawie 100 przypadków dochodzą do przeświadczenia, że aceton, kwas acetooctowy i β-oksymasłowy w moczu w pewnych chorobach narządu moczowopłciowego, jakoto: w toku spraw zapalnych w przydatkach macicznych, ropni, gorączki połogowej, spraw nowotworowych, wogóle się nie pojawiają. Natomiast w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej z krwotokiem i krwistekiem z innych powodów, dodatnia próba Legala wskazywała stale na obecność acetonu. Kwasu β-oksymasłowego nie stwierdzono. Z siedmiu opisanych przypadków 3 dotyczyły ciąży jajowodowej z następowem poronieniem i znacznym krwotokiem do jamy otrzewnej, 4 krwistoku, usuniętego następnie operacyjnie. Co do przyczyny wydzielania acetonu w tych przypadkach, to zwykłe powody, zaburzenia wymiany materyi, można było wyłączyć. Stale w 2—3 dni po operacyi acetonurya znikała, co dowodzi, że nie pochodziła ona z wycieńczenia, bo przecież po zabiegu chore są osłabione więcej, niż przedtem. Że brak węglowodanów nie jest powodem acetonuryi, świadczy przypadek, w którym pomimo podania 100 gr. cukru trzcinowego aceton z moczu nie zniknął. Gorączki za przyczynę uważać nie można, bo przeważna część przypadków przebiegała bez gorączki. Śmierć płodu także w tej sprawie roli nie odgrywa, — co przedtem za główny powód acetonuryi uważano, — bo przypadki autorów były świeże i bezpośrednio operowane. Za przyczynę tego pojawienia się acetonu uważają autorowie wspólny wszystkim opisanym przypadkom krwotok i wytwarzanie się acetonu w ustroju z ciał białkowatych. Nie sprzeciwia się to badaniom chemicznym: stwierdzono to »in vitro«, a badacze nowsi, Lorenz, Palma, Weintraud, Satta, przyjmują wytwarzanie się acetonu z ciał białkowatych. W przypadkach, w których trudno rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z guzem części dodatkowych, lub torbielą z jednej, a krwistekiem z drugiej strony, przemawia stałe pojawienie się acetonu i kwasu acetooctowego w moczu za krwistekiem; jeżeli zaś wywiady i objawy kliniczne przemawiają za krwistekiem, badanie zaś moczu acetonu nie wykrywa, nasuwa się przypuszczenie ciąży zewnątrzmacicznej świeżej bez krwotoku do jamy otrzewnej.
Łapiński.

C. H e i n. **Przypadek ureterocystoneostomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 13). 26-letnią pierwiastkę rozwiązał lekarz, po 72-godzinnej pracy porodowej, kleszczami. Płód nieżywy, w połogu gorączka. Od 1. dnia połogu zupełna niemożność zatrzymania moczu, po 4 tygodniach zaś chora częściowo mocz zatrzymuje; stan ten nie ulega w późniejszym czasie poprawie. W 5 miesięcy po porodzie stwierdza badanie: nieżyt pęcherza, wyprysk na sromie, wysokie przedarcie szyi po stronie lewej, blizna w sklepieniu lewem; macica zwinięta, ruchoma; przydatki zdrowe; przetoka dla wzroku niedostępna; próba mleczna z wynikiem ujemnym. Badanie kilkakrotne cystoskopem pozwalało jedynie na przypuszczenie przetoki moczowodowej i to po stronie prawej, nie lewej. Rozpoznanie ułatwił częściowo krążek (*pessarium occlusivum*), obejmujący szczelnie część pochwową i połączony z drenem, gdyż okazało się, że przetoka znajduje się w szyi, nie w pochwie, i że odpowiednia nerka wydziela 580 gr. moczu, gdy drogą naturalną oddawała chora z drugiej nerki 500—800 gr. moczu. Celem rozstrzygnięcia pytania, który moczowód uległ uszkodzeniu, założono na $1^1/_2$ godziny przed laparotomią kleszczyki Muzeux po obu bokach części pochwowej, w nadziei wywołania tą drogą sztucznego rozszerzenia odnośnego moczowodu. Przewód szyi pozostał drożny, co na wypadek gromadzenia się moczu w jamie macicy było konieczne. Po otwarciu jamy

brzusznej rzeczywiście znaleziono zgrubienie prawego moczowodu, mierzącego 2—3 cm. średnicy. Po zdjęciu kleszczyków zapadł się on szybko, aczkolwiek pozostał grubszym od lewego. Wszczepienie moczowodu metodą Rissmanna powiodło się zupełnie. Dla uniknięcia zbytniego napięcia pęcherza usunięto przydatki prawe i zaopatrzono kikut pozaotrzewnie. Przypadek ten wskazuje na trudności rozpoznawcze, napotykane niekiedy przy przytokach moczowodowych i konieczność uciekania się do oryginalnych metod badania.

B. Wojciechowski.

L. Pincus. **O niebezpieczeństwach przyżegania gorącem powietrzem i parą** (*atmokausis i zestokausis*). (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 13). Metody te pociągają za sobą, podobnie jak inne sposoby leczenia śródmacicznego, niekiedy ciężkie powikłania, oczywiście o ile co do techniki lub wskazania zaszły niedokładności. To nie uprawnia jeszcze do potępienia metody. Pomysł tych metod pozostanie własnością Snegirewa, lecz dodać należy, że przypadki nieszczęśliwe odnoszą się do okresu, kiedy operowano według jego przepisów, zanim przyrząd został udoskonalony, a wskazania ściśle określone i ścieśnione. Z metodą tą powinien praktyk zapoznać się teoretycznie, pozostawiając wykonanie specyalistom. Ropotok trąbki i włókniak podśluzowy stanowią przeciwwskazanie do tych metod. Wycięcie macicy z powodu niepowikłanych krwotoków nie jest dozwolone, zanim nie spróbowano przyżegania gorącem. Wobec wyskrobania jest przyżeganie parą zabiegiem uzupełniającym, a łączenie obu tych sposobów należy w okresie przejściowym do reguły, w wieku młodszym do wyjątków. Zabiegi powinny następować po sobie po przerwie 6—8 dniowej, gdyż przyżeganie gorącem działa dokładnie wtedy jedynie, gdy jama macicy nie zawiera strzępów i skrzepów. Perhydrol, adrenalina i ensemina służą skutecznie do skrócenia tego okresu, a nawet pozwalają niekiedy na bezpośrednie zastosowanie jednej metody po drugiej. Silne rozszerzenia naczyń i krwotoki do miąższu macicy zdolne są działanie przyżegania gorącem osłabić. Przed zabiegiem stwierdzić należy drożność całego systemu rur. Uśpienie jest wogóle zbyteczne, tylko u histeryczek i osób młodych konieczne: przy cukrzycy przeciwwskazane. Zasadniczo powinno się unikać zarośnięcia jamy macicy bez względu na okres życia płciowego. Służą do tego zapobiegawcze zgłębnikowanie i tamponowanie jamy macicznej gazą.

B. Wojciechowski.

O. Wienskowitz. **Nowy sposób pomocniczy przy wydobywaniu za pośladki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 13). Praktyka kliniczna i prywatna posiadają w pewnych przypadkach swe odrębne właściwości. I tak na bardzo długie wyczekiwanie przy porodzie pośladkowym, gdzie pośladek już ustalony, a jeszcze nie zstąpił, gdzie zatem na sprowadzenie nóżki za późno, a pociąganie za pośladki bardzo trudne, zgodzi się łatwiej lekarz, prowadzący poród w zakładzie, aniżeli otoczenie wyczerpanej rodzącej w domu prywatnym. Zresztą występują nierzadko w tym okresie wskazania naukowe do ukończenia porodu ze strony matki lub płodu. Palec, założony do pachwinki, zbyt szybko się nuży, tępy hak grozi okaleczeniem matce i płodowi, nad zakładaniem kleszczy na pośladki przejść można do porządku dziennego, oprowadzenie miękkiej pętli jest trudne mimo pomysłów, mających ułatwić to zadanie. W. używał w 6 przypadkach z doskonałym wynikiem drenu t. zw. wodociągowego, którego ściana składa się z gumy i z tkaniny nieprzemakalnej. Dren taki średnicy $1^1/_2$ cm., długości $^3/_4$ metra, a grubości ściany 3 mm. daje się łatwo wyjałowić, a ponieważ jest dość sztywny, bez większych trudności pod nadzorem palca oprowadzić dokoła pachwinki. Pociąganie łatwe, a wyjąwszy odpowiedniej siły nic nie stoi na przeszkodzie. Jako jedyny ślad użycia tego prostego narzędzia pozostaje szeroka, czerwona pręga w pachwinie płodu.

B. Wojciechowski.

P. Seegert. **Przypadek tężca połogowego po poronieniu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 14). U wieloródki (po 8 porodach i 2 poronieniach) usunięto podczas 3. poronienia jaje palcem. W chwili zabiegu stan zupełnie dobry; przedtem chorej nie tamponowano. W 7. dniu po poronieniu wystąpiły u chorej pierwsze objawy tężca, które potęgując się, doprowadziły po 3 dniach do śmierci. Dwukrotne wstrzyknięcie surowicy Behringa pozostało bez skutku. Ze strzępów utkania łożyskowego, wyskrobanego z macicy w dniu wystąpienia objawów cierpienia, udało się S. przez doświadczenia na zwierzętach uzyskać prątki tężca w okresie zarodnikowym. Sekcya wykazała w brudno zabarwionej jamie macicy strzęp łożyska wielkości orzecha laskowego. Badanie bakteryologiczne pośmiertne wypadło ujemnie. A zatem może tężec występować w postaci odrębnego zakażenia połogowego. W przyszłości należałoby w podobnym przypadku rozważyć obok leczenia surowicą, sprawę natychmiastowego wycięcia macicy.

B. Wojciechowski.

E. Martin. **Tężec pooperacyjny.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 14). Przy zachowaniu zwykłych zasad antyseptyki wykonał Prof. Martin następujący zabieg: *abrasio*, *op. m. Emmet*, *colpotomia ant.*, *solutio adhaes. perimetrit.*, *vaginifixatio*, *colporrh. ant. et post.* W 5. dniu po operacyi wystąpiły u chorej pierwsze objawy tężca, który po kilku godzinach przedstawiał typowy ciężki obraz. Mimo dwukrotnego wstrzyknięcia surowicy (po 100 jednostek) i stosowania innych środków umarła chora nazajutrz wśród napadu. Sekcya nie wykryła wyraźnych zmian. Po pierwszych objawach tężca wyjęto kawałek nitki katgutu kumolowego ze sklepienia przedniego i zaszczepiono nim 2 myszy, które po 24 i 32 godzinach zginęły wśród typowych objawów tężca. Katgut ten sam używany był bez szkody u 2 następnych operowanych. M. przypuszcza, że prątki tężca znajdowały się przed operacyą w wydzielinie pochwy. Rzecz to bardzo rzadka, lecz w położnictwie znana. Szczepienie wydzieliny pochwy 100 kobiet myszom sprowadziło śmierć tylko u 3 myszy, i to bez objawów tężca.

B. Wojciechowski.

H. Rotter. **Wydobycie oderwanej i w jamie macicy pozostałej główki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 14). U kobiety, która 5 razy rodziła łatwo, przeciągał się 6. poród. Akuszerka sprowadziła nóżkę, nie zdołała jednak płodu wydostać. Przywołany lekarz wydobył tułów, lecz główka się urwała. W klinice stwierdzono: objawy zakażenia, macica silnie skurczona, szyja drożna dla 2, ujście wewnętrzne dla 1 palca. Użyciu metody Martin-Wieganda przeszkadzał ciągły skurcz macicy, a ostrożnie na kręgosłup założony hak Brauna ześliznął się. Ponieważ tymczasem poddało się ujście na 2—3 palców, postanowiono wykonać wymóżdżenie. Wśród szukania odpowiedniego miejsca na czaszce, trafił palec do otworu potylicznego; po palcu założono kranioklast i wydobyto ostrożnie główkę rozmiarów prawidłowych. Ręką wyjęto łożysko; macicę i pochwę przestrzykano sublimatem 1: 6000. Przez 3 pierwsze dni połogu gorączka, potem stan dobry i szybkie wyzdrowienie.

B. Wojciechowski.

DENTYSTYKA. Prof. Sachs. **Mechaniczne umocowanie zębów, chwiejących się wskutek ropienia zębodołu** (*pyorrhoea alveolaris*). (*Vierteljahrschr. f. Zahnhk.*, 1905). Umocowanie zębów, chwiejących się wskutek ropienia brzeżków zębodołów, zapomocą odpowiednich klamer i blaszek polega na nałożeniu na zęby zdrowe, silnie siedzące, klamerek lub też koron i połączenie dostosowanych do szeregu zębów blaszek, które je stale w jednem położeniu trzymają. Blaszki te, czy druty, powinny być założone nie na samą szyjkę zębów, lecz mniejwięcej w połowie koron, gdyż jeżeli uciskają dziąsła, drażnią je jeszcze bardziej i stan chorobowy potęgują. Tu bowiem działa z jednej strony ucisk, z drugiej rozkład pokarmów, jakie się pod te umocowania dostają. Samo umocowanie jest środkiem dopomagającym, a nie jedynym, prowadzącym do celu. Przedtem powinno się zęby oczyścić doskonale z kamienia i przeprowadzić całe leczenie przedwstępne, które i później należy ponawiać. Leczenie to polega na pędzlowaniu dziąseł różnymi środkami ściągającymi. W przypadkach cięższych wstrzykuje się pod błonę śluzową dziąsła mieszankę gliceryny z jodoformem. Niekiedy musi się nacinać dziąsła, aby wywoławszy przez to bliznowate ściąganie się ich, umocnić odpowiednie zęby. Leczenie to powinno się prowadzić ustawicznie, bo gdyby się je zaniedbało, toby zęby wraz z umocowaniem wypadły. Baczną uwagę powinno się zwracać na kamień zębowy i ten usuwać bądźto mechanicznie narzędziami, bądź zapomocą odpowiedniej pasty, podanej przez Dra Herzmanna (Karlsbad), zwanej „Solvolith“.

Dr. A. Kozaczka.

Prof. Witzel. **Ostre zmiany zapalne błony śluzowej jamy ustnej wskutek pędzlowania jodyną.** (*Corresp.-Blatt für Zahnärzte*, 1905). Autor przestrzega przed zbyt częstem i obfitem używaniem jodyny w chorobach jamy ust, a w szczególności zębów. Przytacza przypadek, gdzie chora sama na własną rękę przy bolu zęba używała kilka razy dziennie jodyny. Skutek był ten, że po dwu dniach dostała silnego zapalenia miazgi zęba i okostnej. Dopiero po leczeniu, wymagającem wielkiej cierpliwości, tak ze strony chorego, jak i lekarza, a mianowicie otwarciu ropnia, wypuszczeniu ropy usunięciu miazgi i zaopatrzeniu przeciwgnilnem korzenia, sprawa cała skończyła się pomyślnie. Początkowo był autor zmuszony ząb, dotknięty cierpieniem, wyłączyć zupełnie od stykania się z zębem przeciwległym przez podniesienie zgryzu zębów sąsiednich i podawać morfinę.

Dr. A. Kozaczka.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Na posiedzeniu w dniu 12 stycznia 1906 przedstawił dr Pomorski chorego po doszczętnej operacyi **ropniaka opłucnej sposobem Schedego**, poczem dr Fr. Zakrzewski wykładał **„O rozpoznawaniu wrzodu żołądkowego“**. Trudności wczesnego rozpoznania wrzodu polegają na tem, że żaden z objawów wrzodu nie jest wyłącznym objawem zmian żołądka, że w wielu razach pierwszym pewnym objawem jest dopiero krwotok żołądkowy i że w połowie przypadków siedzibą wrzodu jest odźwiernik. Ból uciskowy, ściśle ograniczony w nadbrzuszu, pochodzi od samego wrzodu tylko wtedy, gdy wrzód dociera już do otrzewnej. Natomiast najczęściej ograniczona bolesność nadbrzusza jest skutkiem nadmiernej wrażliwości splotu brzusznego (*plexus coeliacus*), która wprawdzie towarzyszy większości przypadków wrzodu żołądka, lecz może też być samoistną (ciężka neurastenia, histerya) i odruchową z innych źródeł (zapalenie woreczka żółciowego, wyrostka robaczk., przydatków). Pewniejszym znakiem rozpoznawczym jest punkt bolesny Boasa (tuż po lewej stronie jedenastego kręgu piersiowego). Według doświadczenia mowcy pewniejszą od bolu uciskowego oznaką wrzodu jest ból samorodny w jakiś czas po jedzeniu lub bezpośrednio po spożyciu pokarmów drażniących. Wymioty kwaśne, zwłaszcza naczczo, są drugim ważnym objawem, gdyż dowodzą istnienia sokotoku żołądkowego, który wrzodowi bardzo często, choć nie zawsze towarzyszy. Badanie treści żołądkowej, wydobytej rano naczczo, jest zdaniem mowcy ważne głównie ze względu na wykrycie utajonego krwawienia.

Na posiedzeniu w dniu 3 lutego 1906 przedstawił dr Mieczkowski **paluch** nogi, **odjęty z powodu dny**, w której rozpoznaniu bardzo dobre usługi oddało prześwietlanie rentgenowskie; dr Krysiewicz **kamyk pęcherzowy**, który utkwiwszy w cewce chłopca wywołał jej owrzodzenie, naciek moczowy, nawet objawy mocznicy, i odszedł dopiero po zgorzeli części zewnętrznych; dr Łazarewicz **włókniak macicy**, przy którego wyłuszczeniu (z cięcia Schuchardta od pochwy) użył Ł. z pożytkiem kleszczyków Wintera, używanych przy poronieniach (dr Pomorski radzi w dyskusyi, by w takich przypadkach używać kleszczyków zgiętych, przedziurawionych i przez to miękkie mięśniaki mocno trzymających); wreszcie dr Mieczkowski mówił o obecnych zadaniach w **leczeniu chirurgicznem wrzodów żołądka.** Wskazanie operacyi jest jasne wobec przebicia wrzodu albo krwotoku, oraz wobec bliznowatego zwężenia odźwiernika z następowem rozszerzeniem żołądka; wskazaną jest gastroenterostomia, natomiast wycięcie odźwiernika mniej się zaleca. Z operacyą nie należy zbytnio się spieszyć, ale też i nie wolno zbyt długo zwlekać, aż odżywienie całkiem podupadnie.

Tegoż dnia odbyło się Walne zebranie Towarzystwa Pomocy koleżeńskiej, na którem obrano prezesem Towarzystwa dra Buskiego, i posiedzenie w sprawie nabycia wspólnemi siłami Kowanówka.

Na posiedzeniu w dniu 16 lutego 1906 przedstawił dr Święcicki przyrząd Eversmanna do wywołania przekrwienia macicy i mówił przy tej sposobności **o leczeniu przekrwieniem zastoinowem** według Biera, podnosząc wielkie znaczenie tego sposobu. W dyskusyi wyraził dr Pomorski zapatrywanie, że sposób Biera ani nie jest w zasadzie nowym, ani też nie daje zbyt zachęcających wyników; zabiegów chirurgicznych zastąpić nie zdoła. Przeciw temu oświadcza się dr Mieczkowski, przytaczając wyborne wyniki, jakie sposobem Biera otrzymał w różnych ostrych ropieniach, czyrakach i t. d. i dr Łazarewicz, opierając się na uznaniu, jakie sposób Biera zyskał sobie nietylko u chirurgów, ale u ginekologów, internistów (zapalenia gardła, cierpienia stawów) i dermatologów (poronne leczenie wiewióra). Następnie dr Mieczkowski przedstawił zgorzelinowy **wyrostek robaczkowy**, który, już zupełnie oddzielony, znalazł w ropniu przykątniczym w 20 dniu po początku napadu. W końcu dr Fr. Zakrzewski wyłożył rzecz **„O leczeniu wrzodu żołądka“**. Ze względu na to, iż ogólnie zalecane »unieruchomienie« żołądka jest w rzeczywistości niewykonalne, tem więcej, że podawane równocześnie lawatywy odżywcze pobudzają, jak stwierdzono, czynność ruchową i chemiczną żołądka, dalej, że te lawatywy nie dostarczają żołądkowi ani połowy potrzebnych kaloryi, a w końcu, że wyłączne leczenie mlekiem w okresach późniejszych (Fleiner, Mehring) działa ujemnie na mechaniczną czynność żołądka i przez przepełnienie układu krwionośnego płynem przeciąża serce — mowca niejednokrotnie odstępował od tych przepisów i odrazu podawał dyetę białkowo-tłuszczową (mleko do 500 grm. dziennie, śmietanę słodką, jaja, galaretę z nóżek cielęcych z cukrem lub wyciągiem mięsnym) ze skutkiem bardzo dobrym, zwłaszcza w dwóch przypadkach wrzodu u chorych z dość posuniętą gruźlicą płuc. Po świeżem krwawieniu zalecałaby się dyeta, złożona z tłuszczu (masła, śmietany), cukru i żelatyny, jako niemniej pożywna, a mniej przeciążająca żołądek swoją objętością od dyety Lenhartza; nadto żelatyna sama przyczynia się do zatamowania krwawienia. W leczeniu dyetetycznem późniejszych okresów trzyma się mowca prawideł ogólnie znanych. Obok tego zawsze miało i mieć będzie znaczenie stosowanie we właściwej porze środków farmaceutycznych. Z nich używa mowca morfiny nietyle dla uśmierzenia bolów (które łagodzi już sama dyeta białkowo-tłuszczowa, a przy nadkwaśności lepiej od morfiny usuwa belladona i atropina), ile dla uspokojenia chorego, wystraszonego krwawieniem. Fleinerowskim wlewaniom zawiesiny bizmutowej odmawia mowca znaczenia. Cenne usługi oddawały mowcy azotan srebrowy i nowsze przetwory srebra, jak albargina i kolargol; wodom alkalicznym przyznaje znaczenie nietylko objawowe, ale także lecznicze w przewlekłych wrzodach z nadkwaśnością i w okresie wyzdrawiania po wrzodzie. Z nowszych środków okazała się przeciw bolom dobrą anestezyna. By zapobiedz powikłaniom (*perigastritis*), należy przestrzegać dostatecznie długiego leczenia po krwawieniu (3—4 tyg.). Przy wrzodach odźwiernika przepłukuje mowca pomimo krwawienia żołądek celem usuwania bądźto nadmiaru kwaśnego soku żołądkowego, bądź zalegających pokarmów i wnosi z trzech własnych spostrzeżeń, że tym sposobem będzie można nieraz zapobiedz zwężeniu odźwiernika po wrzodzie. Przy krwawieniach podczas przepłukiwania działało dobrze przepłukiwanie jednoprocentowym rozczynem sześciochlorku żelazowego. Ponieważ opadnięcie żołądka utrudnia, zdaniem mowcy, wyleczenie wrzodu, przeto w razie powikłania wrzodu z opadnięciem podpiera mowca żołądek opatrunkiem z przylepca (sposobem Rosego i Clemma).

Prezesem biura wydziału obrano ponownie dra Fr. Chłapowskiego, a sekretarzem dra Łazarewicza.

(Według »Nowin lek.« 1906 Nr 3 i 4). *R.*

Koło lekarskie w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 21 lutego (6 marca) 1906 r.

Obecnych członków 21, gości 3.

I. Prezes dr Strawiński zawiadamia zebranie o zgonie członka koła dra L. Krassowskiego i wzywa do uczczenia jego pamięci przez powstanie — co też obecni spełniają. Dr Drzniewicz podaje szczegółowy życiorys i poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Krassowskiemu. Na jego wniosek zebranie uchwala zwrócić się do Zarządu Tow. Dobroczynności, do którego założycieli należał zmarły, z prośbą o zawieszenie w jednej z sal podobizny zmarłego.

II. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

III. Doc. dr Witold Orłowski przed porządkiem dziennym przedstawia chorego na **raka żołądka w początkowym okresie.** Chory, 42-letni, od dwóch lat odczuwał nieznośne bole w dołku podsercowym po spożyciu pokarmu; badanie w połowie grudnia 1905 r. stwierdziło w soku żołądkowym obecność 0·2 prc. wolnego kwasu solnego; w dwa dni po badaniu chory dostał nader obfitych wymiotów czystą krwią, których omal nie przypłacił życiem. Zawezwany lekarz rozpoznał wrzód okrągły i zastosował ścisłą dyetę, bizmut i azotan srebrowy. W następstwie leczenia bole prawie ustąpiły, natomiast zaś pojawiły się wzdęcia w dołku podsercowym po spożyciu pokarmu i kwaśne odbijania. Zawezwany do chorego przed trzema tygodniami, więc w sześć tygodni po krwawych wymiotach, wykrył prelegent w położeniu chorego na lewym boku wyraźny twardy guz na lewo od linii środkowej brzucha, odpowiednio małej krzywiźnie żołądka. Rozpoznawszy przejście wrzodu okrągłego w raka, radził prelegent operacyę. Po dziesięciu dniach można było guz wymacać już wyraźnie we wszelkich położeniach chorego. Badanie soku żołądkowego po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda wykryło tylko ślady wolnego kwasu solnego, brak kwasu mlecznego i ogólną kwaśność = 0·08 prc. HCl.; ogólna ilość treści żołądka w godzinę po śniadaniu, oznaczona metodą Jaworskiego-Mathieu-Rémonda, wynosiła 128 ccm.; rozszerzenia żołądka niema. Przypadek jest bardzo pouczający, jako przykład szybkiego przejścia wrzodu okrągłego w raka.

W dyskusyi prof. St. Zaleski zaznacza, że stosowanie azotanu srebrowego w nadkwaśności jest nieodpowiednie, ponieważ srebro z kwasem solnym tworzy nierozpuszczalny chlorek srebrowy. Doc. dr W. Orłowski odpowiada, że azotan srebrowy mimo to zalecają we wrzodzie okrągłym, jako środek ściągający; sam mówca nie używa go w nadkwaśności już od dwóch lat, gdy przekonał się, że ten lek wzmaga kwaśność soku żołądkowego i ilość wolnego kwasu solnego. W ostatnim czasie na większym materyale udowodnił to Bajbakow. Dr Kamieński nadmienia, że Eichwald łączył zwykle azotan srebrowy z azotanem potasowym. Prof. dr St. Zaleski uważa takie połączenie za jeszcze mniej odpowiednie, ponieważ kwas azotowy zwiększa nierozpuszczalność chlorku srebrowego. Prof. dr Ziemacki stwierdza, że pomimo rozpoznania raka u chorego we wczesnym okresie, operacya może okazać się zapóźną; należy wykonać próbne cięcie brzuszne, które już wskaże, co należy robić.

IV. Dr Sowiński wygłasza rzecz p. t. **Zmiany patologiczno-anatomiczne w kilakowym okresie kiły** (patrz *Przegląd lekarski*, 1906, Nr 12). Odczyt był objaśniony okazaniem preparatów mikroskopowych. Dyskusya: dr Wolański: Dane prelegenta popierają zdanie tych, którzy przy leczeniu kiły uwzględniają nietylko obecność objawów swoistych, lecz stosują leczenie przeciwkiłowe i przy braku tych objawów, jeśli w stanie chorego nastąpiło pogorszenie. Co się tyczy stosunku wrzodów gruźliczych do objawów kiły, to, zdaniem mowcy, te sprawy nieraz kojarzą się ze sobą; w tych przypadkach leczenie przeciwkiłowe nie odnosi skutku. Niektórzy w tych razach stosowali leczenie operacyjne i uzyskawszy wyleczenie, polecali operacyę w uporczywych wrzodach kiłowych (Manassein i Gellat). Pogląd taki jest mylny, ponieważ te przypadki w istocie przedstawiają nieraz zakażenie mieszane, jakkolwiek prątka gruźliczego wykryć w tych wrzodach często się nie udaje. Mowca przed dwoma laty spostrzegał podobny przypadek, w którym dobre skutki dało jedynie leczenie Finsenowskie w połączeniu z leczeniem przeciwkiłowem.

V. Doc. dr W. Orłowski wykłada rzecz. **„Chlorek barowy, jako środek sercowy“** (patrz *Przegląd lekarski*, 1906, Nr. 7—14). Dyskusya: Prof. dr St. Zaleski: Piękny i pouczający wykład prelegenta zasługuje na szczególną podziękę, choćby tylko z tego względu, że wątpliwą, a w samem założeniu piekącą sprawę w sposób przekonywający rozstrzyga. W sprawie leczniczego zastosowania przetworów baru nie podobna przedewszystkiem nie zwrócić uwagi, dlaczego związki tego metalu, znane jeszcze alchemikom, których większa część była i lekarzami, nie zostały wprowadzone niemal aż do obecnej chwili, jako środki lekarskie, kiedy naparstnica, środek stosunkowo nowszej daty, odrazu zyskała sobie prawo obywatelstwa. Przyczyny szukać należy niewątpliwie w tej okoliczności, że 1) rozpuszczalne związki baru są nader trujące i dawkowanie ich nadzwyczaj jest trudne, gdyż w małych dawkach mało działają, a przy przewlekłem stosowaniu wywołują przewlekłe zatrucia, w większych zaś dawkach trują doraźnie i 2) że niektóre związki tego metalu, jak węglany, fosforany i siarczany, nader łatwo wytworzyć się mogą w samym ustroju przy zetknięciu się rozpuszczalnych soli baru z sokami ustrojowymi, zawierającymi węglany, fosforany i siarczany w stanie płynnym. Zaznaczyć należy, że siarczan barowy należy do najmniej i najtrudniej rozpuszczalnych związków chemicznych, jakie tylko znamy, a powstaje przytem jak najłatwiej. Z góry więc już ze stanowiska czysto chemicznego należałoby wyłączyć stosowanie chlorku barowego, jako środka leczniczego. Przy przewlekłem jego użyciu mogłyby się utworzyć, zwłaszcza w najdrobniejszych naczyniach włosowatych, zatory, powtrzymujące prawidłowość obiegu krwi i chłonienia. Wreszcie niewiadomo, jakby się względem przetworów baru zachowała wątroba, narząd, który przy przewlekłem stosowaniu metalów gra rolę swoistą i często chroni ustrój, dzięki powstawaniu trudno rozpuszczalnych białkanów i podobnych związków, od doraźnego zatrucia. (Streszczenie własne).

Doc. dr W. Orłowski: Teoryę tworzenia się pod działaniem baru zatorów, doprowadzających do zaburzeń oddychania i wreszcie do śmierci, wygłosił w 1856 r. Mialhe, następnie Onsum w 1863 r. Ten pogląd jednak został wkrótce obalony przez Cyona, który sztucznie znacznie podnosił ilość siarkanów we krwi, a potem zatruwał zwierzę chlorkiem barowym; sekcya żadnych zatorów nie wykrywała. Co do wątroby w przypadkach prelegenta, to powstawały w niej zmiany odpowiednio do zmian w pracy serca.

Prof. dr St. Zaleski: Doświadczenia Cyona wcale nie obaliły i obalić nie mogły teoryi Onsuma choćby z tego względu, że Cyon wprowadzał rozpuszczalną sól baru wprost do krwi, przyczem, rzecz naturalna, dawki mogły być tylko bardzo drobne, gdyż inaczej serce odrazu działaćby przestało. Wytworzenie się więc przy takich warunkach nierozpuszczalnych związków baru, przedewszystkiem $BaSO_4$ a następnie $BaCO_3$ i $BaHPO_4$, mogło nastąpić tylko w bardzo niewielkich ilościach, co przy rozprowadzeniu na cały ustrój nie mogło na razie utworzyć łatwo dostrzegalnych zatorów. Uwzględnić przytem należy, że osady $BaSO_4$ należą do najłatwiej przez sączek przechodzących, łatwo też przeto mogą do pewnego stopnia przechodzić i przez ścianki naczyń Tylko doświadczenia, trwające przez czas długi i przy stosowaniu przetworu tak, jak się go stosuje w lecznictwie, t. j. przez usta, przy bacznem mikroskopowem i mikrochemicznem badaniu tkanek, mogłyby w sposób bardziej przekonywający rozstrzygnąć sprawę zatorów (streszczenie własne).

Lekarz weterynaryi Sobolewski: Chlorek barowy jest używany w lecznictwie zwierząt, jako środek pewny, działający zwalniająco w dawce 0,2—0,4 śródżylnie.

Doc. dr W. Orłowski: Do weterynaryi chlorek barowy wprowadzili Dieckerhoff, Brass i Möhring: należy jednak zachować się względem takich poleceń krytycznie; wszakże i u ludzi chlorek barowy, według zdania Schedela i innych ma działać wyśmienicie, nawet lepiej, niż naparstnica. Niestety, krytyczne rozejrzenie się w odpowiednich historyach choroby i pracach doświadczalnych wykrywa, że nie wytrzymują one poważnej krytyki naukowej. Istotnie doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że sole barowe podnoszą znacznie ruchy robaczkowe jelit, lecz w dawkach dużych, które nie są obojętne dla ustroju.

Dr Wilamowski przypuszcza, że wobec zwężającego działania na naczynia krwionośne, chlorek barowy może mieć zastosowanie miejscowe.

Doc. dr Orłowski. W tej właśnie myśli Kobert polecał chlorek barowy w postaci maści w rozszerzeniu żył skórnych stosowano go również w Dorpackiej klinice lekarskiej w przypadku *Caput Medusae* u chorego na nowotwór nerki i w przypadkach długotrwałego rozszerzenia żył na udzie u chorego na serce, lecz bez skutku. Możliwem jednak jest, że chlorek barowy jako lek miejscowy, znajdzie zastosowanie i wyruguje o wiele droższą adrenalinę. We wszystkich zaś przypadkach, w których on wchłania się do ustroju, nie może być stosowany, ponieważ odznacza się porażającem działaniem na serce nawet w dawkach małych.

Na posiedzeniu administracyjnem 1) przyjęto sprawozdanie bibliotekarza za 1905 r.; 2) przyjęto w poczet członków koła dra Waszkiewicza. Sekretarz *Witold Orłowski*.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie szczepienia.

Za parę tygodni rozpocznie się w całej Galicyi szczepienie krowianki, na czasie więc podnieść niektóre wadliwe rozporządzenia, nie dozwalające należycie przeprowadzić szczepienia.

Ogólne rozporządzenia odpowiednio do zapatrywań lekarskich wymagają szczepienia wszystkich dzieci w pierwszym roku życia — i rewakcynacyi w dziesiątym roku życia.

Ludność inteligentna przeważnie sama troszczy się o szczepienie, najszersze warstwy zaś wzywane są przez zarządy gminne. Z latami stosunki zmieniły się na korzyść: dziś przeważnie ludność wiejska (przynajmniej w zachodniej Galicyi) chętnie z dziećmi spieszy do szczepienia, na opór pewien trafia się tylko u ludności mieszczańskiej, która niestety w wielu kierunkach niżej stoi od ludności wiejskiej. Stosunki polepszyły się jednak tylko co do szczepienia dzieci jednorocznych. Inaczej ma się rzecz z mającemi być rewakcynowanemi, t. j. z dziećmi dziesięcioletniemi; tu trafia się na opór wszędzie, a opór ten wywołany jest przesadną trwogą dzieci starszych przed szczepieniem.

Z pomocą może tu przyjść jedynie szkoła.

Że szczepienie i rewakcynacya potrzebna, udowadniać chyba nie potrzeba; stanowisko rządu w tej sprawie określają dekret kanc. nadw. z dnia 30 lipca 1840 l. 17742 i reskrypt min. spr. wewn. z dnia 2 lutego 1899 l. 2758. Szczepienie i rewakcynacyę ułatwiać jest obowiązkiem wszystkich, a szczególnie instytucyi publicznych. Do takich instytucyi należy szkoła i jej też jest szczególnym obowiązkiem w tem współdziałać.

Tylko w szkole, podczas godzin szkolnych, lekarz jest w możności wyszukać dzieci, które dotychczas wcale nie były szczepione, i stwierdzić odpowiednie wykazy, przedkładane przez nauczycieli: tylko w szkole, podczas godzin szkolnych, lekarz spotka dzieci dziesięcioletnie, przeznaczone do rewakcynacyi; gdyby lekarz czynności swe spełniał poza godzinami szkolnemi, to z dzieci szkolnych nieszczepionych lub też przeznaczonych do rewakcynacyi albo nie spotka żadnego, albo tylko niewiele, gdyż wszystkie te dzieci, nawet wezwane na oznaczoną godzinę, nie stawią się z powodu przesadnej trwogi przed szczepieniem. To też chyba w tej myśli wydany został reskrypt min. wyzn. i ośw. z 9 czerwca 1891 l. 9043, który poleca: »Podczas konferencyi powiatowych należy zalecać nauczycielom szkół ludowych, aby zarządzenia organów sanitarnych, odnoszące się do przeprowadzenia szczepienia, z całą gotowością popierali i aby wogóle usiłowania tych organów w sprawie szczepienia ile możności ułatwiali«.

Innego jednak zdania była i jest nasza Rada szkolna kraj., bo w okólniku z 23 stycznia 1883 l. 372 i z 31 października 1885 l. 7445 zawiadamia: »Szczepienie ospy, uskuteczniane przez delegowanych przez starostwo lekarzy, odbywać się może w izbach szkolnych, ale tylko w czasie wolnym od nauki«.

Rada więc szkolna krajowa okólnikiem tym, który do tej chwili obowiązuje i na który w podobnych przypadkach obecnie powołuje się (podobny przypadek zaszedł w 1905 r.), staje w sprzeczności z reskryptem min. wyzn. i ośw. z 9 czerwca 1891 l. 9043 i reskryptem min. spr. wewn. z 2 lutego 1899 l. 2758, bo nie dozwalając przeprowadzać szczepienia w szkole w czasie godzin szkolnych, nie popiera zarządzeń organów sanitarnych, odnoszących się do przeprowadzenia szczepienia, nie ułatwia usiłowań tych organów, co właśnie reskrypt wyż wspomniany przepisuje, poprostu nie przyczynia się wcale do należytego przeprowadzenia sprawy, tak ważnej dla całego społeczeństwa.

Ustąpienie budynku szkolnego poza godzinami szkolnemi jest takiem samem dobrodziejstwem, jakie każdej chwili wyświadczy karczmarz, wójt, pierwszy lepszy zagrodnik, nie żądając nawet podziękowania za to »dobrodziejstwo« i mimo, że nie obowiązują go żadne reskrypta, aninakazy.

Ważniejszemi widać od szczepienia są imieniny nauczyciela, lub dyrektora, lub różne podobne przypadki, skoro wtedy można uwalniać dzieci od nauki szkolnej przez cały nawet dzień, a na przeprowadzenie szczepienia nie wolno uronić z godzin szkolnych nawet jednej godziny, bo zazwyczaj dłuższego czasu na to nie potrzeba.

Z uwagi więc, że szczepienie i rewakcynacyę, leżące w interesie całego społeczeństwa, można należycie przeprowadzić tylko przy ścisłem i chętnem współdziałaniu szkoły, co zapewne potwierdzą wszyscy lekarze, zajmujący się sprawą szczepienia, pragnę niniejszą wzmianką zwrócić uwagę krajowej Rady zdrowia na tę sprawę, w tem przekonaniu, że uzyska od Rady szkolnej krajowej w sprawie szczepienia zarządzenia, które dla dobra społeczeństwa są konieczne.

Dr Aleksander Hicner
lekarz miejski w Jaśle.

Towarzystwo samopomocy lekarzy w r. 1905. Według wydanego właśnie sprawozdania Wydziału należało do Towarzystwa z końcem r. 1905 członków 641 (z Krakowa 145, ze Lwowa 111, z Galicyi 366, ze Śląska 8, z Bukowiny 2, z zagranicy 9). Wydział zreorganizowawszy sprzedaż znaczków receptowych i wydawszy formularze na recepty, osiągnął z tych źródeł poważne wpływy dla funduszów zapomogowych. Do Izby lekarskiej krakowskiej przeprowadziła Samopomoc swoich kandydatów. Oprócz dawniejszej lwowskiej powstała w r. 1905 reprezentacya Towarzystwa w Sanoku. Z kasy zapomogowej udzielono 13 zapomóg w łącznej kwocie 2100 koron i subwencyę dla »Głosu lekarzy« w kwocie 600 koron. Liczba członków kasy pogrzebowej wzrosła ze 186 na 200; premii pogrzebowych wypłacono cztery po 386 do 398 koron. Oddział należytości załatwił pomyślnie 13 spraw, w toku jest spraw 15; ściągnięto należnych lekarzom honoraryów na kwotę 597 koron. Ze sprzedaży znaczków receptowych wpłynęło 5607 kor., z darów 750 kor., do funduszu wdów i sierot złożono z tego źródła 3190 kor. — Ogółem wynosiły dochody Towarzystwa w r. 1905 K 16.275·08, pozostałość kasowa z końcem roku K 6182·76. Fundusze Towarzystwa wynoszą K 18.430·30. *R.*

Założenie związku państwowego organizacyi lekarskich w Austryi. Obie dolnoaustryackie organizacye zaprosiły do Wiednia na dzień 25 marca przedstawicieli różnych organizacyi lekarskich na wstępne narady w celu utworzenia związku państwowego dla obrony materyalnych interesów zawodowych (*Wirtschaftlicher Reichsverband*). Na naradzie znaleźli się przedstawiciele Czech, Karyntyi, Moraw, Krainy, Austryi niższej i wyższej, Śląska, Styryi, Tyrolu i Wiednia. Bukowina zgłosiła telegraficznie swe przystąpienie. Galicya nie miała na naradzie przedstawiciela, ani się dotąd nie oświadczyła. Zgromadzenie, które obradowało pod przewodnictwem dra Janeczka, uchwaliło jednomyślnie założyć związek państwowy wszystkich organizacyi, broniących praw materyalnych zawodu. Następnie przyjęto projekt statutu związku. Drom Janeczkowi i Nekowitschowi polecono wnieść do władz podanie o zatwierdzenie statutów, oraz załatwić wszelkie wstępne czynności. Zaznaczono z naciskiem, że do tworzącego się związku państwowego przystępować mogą tylko te organizacye, które mają na oku interesy materyalne lekarzy, gdyż nowa instytucya nie chce zgoła nigdy zajmować się żadnemi sprawami politycznemi, narodowemi, ani wyznaniowemi. Dr Janeczek donosi obecnie w Nr. 8 »Oesterr. Aerztliche Vereinszeitung«, że wniósł podanie o zatwierdzenie statutów, wzywa te kraje koronne monarchii, które dotąd lekarskich organizacyi zawodowych nie potworzyły, by się organizacyą co rychlej zajęły, a po stworzeniu stowarzyszeń zawodowych, by do wspólnego związku przystąpienie swe jak najprędzej zgłosić zechciały, gdyż tylko wtedy nowy związek będzie mógł się rozwijać i skutecznie działać, jeśli będzie miał zapewniony współudział wszystkich lekarzy austryackich. Dr Janeczek uwiadamia dalej, że lekarze solnogrodzcy utworzyli 2 kwietnia organizacyę i że już do związku przystąpili.

Należy się spodziewać, że i lekarze z Galicyi, którzy już są zorganizowani, do związku ogólno-państwowego przystąpią. *E. S.*

Zatarg lekarzy dolnoaustryackich z Wydziałem krajowym nie zbliża się wcale do rozwiązania, pomimo, że nadchodzący termin szczepień wiosennych wymaga zakończenia walki, jeżeli ludność nie ma ponieść znacznej szkody. Niektóre gminy już ofiarowały nawet po jednej koronie wynagrodzenia za jedno szczepienie, oczywiście napróżno, gdyż lekarze solidarnie szczepień się nie podejmą, dopóki cała sprawa nie będzie uregulowaną. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15 do 21 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w 23 gminach u 72 chorych, a mianowicie w m. Lwowie 2, w powiecie Brzeżany (Glinna 1, Pławcza 1), Buczacz (Dobropole 3), Drohobycz (Dobrowlany 4), Horodenka (Żuków 14), Jaworów (Zawadów 1, Olszanica 2, Siedliska 4, Hruszów 4, Szczepłoty 2), Mościska (Choruśnica 1), Myślenice (Pcim 1, Sułkowice 1), Nadwórna (Zielona 4), Sambor (Dorożów 7), Tarnopol (Chodaczków 3), Tłumacz (Bortniki 7, Przybyłów 1, Korolówka 1), Żółkiew (Turynka 1), Złoczów (Jasionowce 1, Buzek 6); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 22 gminach u 36 chorych. *T.*

Ruch ludności w Krakowie. Od 1 do 7 kwietnia 1906 urodziło się dzieci żywo 59 (26 chłopc., 31 dziew.), nieżywo 2. Zmarło ogółem osób 66 (obcych 22), mianowicie 34 m., 32 k. Przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 2 (obcy 1), gruźlica 20 (7), zapalenie płuc 8 (2), płonica 1 (1), inne choroby zakaźne 1 (1), udar mózgu 2, choroby serca i naczyń 12 (2), nowotwory 3 (2), reszta przyczyn śmierci naturalnej 17 (6).— Od 8 do 14 kwietnia urodziło się dzieci żywo 45 (23 chł., 22 dz.), nieżywo 5; zmarło osób 71 (obcych 29), a przyczyną śmierci były: gruźlica 19 (10), zapalenie płuc 8 (1), błonica 1, odra 3 (1), płonica 1 (1), cholera niemowląt 4 (1), inne choroby zakaźne 3 (2), udar mózgu 1, choroby serca i naczyń 9 (4), nowotwory 4 (2), inne przyczyny śmierci naturalnej 12 (5), przypadek 1 (1), samobójstwo 3 (1), zabójstwo 1.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8 do 14 kwietnia zgłoszono przypadków błonicy 3 (obcych 2), krztuśca 2 (1), płonicy 5, odry 1, duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 4; zmarł z duru osutkowego 1.

Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych było w Prusiech w 1905 r. przeszło 3500 przypadków z 1900 przypadkami śmierci; choroba srożyła się szczególniej w regencyi opolskiej (3100 zachorowań, 1700 śmierci). Cholery było tylko 212 przypadków z 35 przypadkami śmierci, co niewątpliwie zawdzięczać należy doskonale zorganizowanej akcyi ochronnej, zwłaszcza nadzorowi całego ruchu flisackiego we wschodnich częściach Prus zapomocą 60 stacyi nadzorczych; koszta zwalczania cholery wynosiły 600.000 marek.

* * *

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krak. odbyło posiedzenie dnia 25 b. m., na którem wykładał dr Zanietowski junior: »O wyniku swoich prac w stosunku do najnowszych prac i zdobyczy elektrobiologii«. (Dyskusyi nie było).

— Zamiast przygodnego powoływania znawców sądowych będą w Krakowie od 1 maja stali lekarze sądowi za ryczałtowem rocznem wynagrodzeniem. W sądzie krajowym karnym będą nimi: Doc. dr Horoszkiewicz, dr Jankowski, dr Schaitter, prof. dr Wachholz i dr Zoll za wynagrodzeniem po 2400 koron, a w sądzie powiatowym dr Smolarski za wynagrodzeniem 1200 kor.

— Dyrekcya kliniki chirurgicznej urządza sześciotygodniowy kurs miesienia dla lekarzy i słuchaczów medycyny. Kurs rozpocznie się 2 maja w oddziale ortopedycznym kliniki. Zgłoszenia na klinice między 9 a 10 rano. Liczba uczestników ograniczona.

— Doc. dr Chlumsky urządza jak corocznie 6—8-tygodniowy kurs miesienia wyłącznie dla lekarzy i słuchaczów medycyny. Kurs rozpocznie się 1 maja i odbywać się będzie codziennie. Zgłoszenia w Zakładzie ortopedycznym dra Chlumskyego, ulica Mikołajska 28, telefon 540. Liczba uczestników ograniczona (5 na jednym kursie).

— Nowy szpital w Zakopanem uchwaliła wybudować komisya klimatyczna kosztem 100.000 koron i w tym celu zwrócić się o subwencyę do kraju i gminy.

Lwów. VII posiedzenie naukowe Towarzystwa lek. lwowsk. odbyło się dnia 20 kwietnia 1906. 1) Dr Wilczek przedstawił chorego po zupełnem zagojeniu rozległego zmiażdżenia kości czołowej, powstałego od uderzenia kopytem końskiem. Przez otwór w rozdartej oponie twardej wydostawał się mózg na zewnątrz. Rana sama była silnie zanieczyszczona słomą, kurzem i t. d., mimo tego jednak i pomimo, że i operacyę wykonać musiano w warunkach bardzo nieodpowiednich (w domu wieśniaka), gojenie postępowało szybko i bez gorączki; raz bowiem tylko zauważono ciepłotę 38·4° C. Dziś chory ma się zupełnie dobrze, żali się tylko na różne sensacye w postaci mrowienia na twarzy, szumu w uszach, bolu zębów i t. p. W dyskusyi zabierają głos dr Obtułowicz i doc. Barącz, który stwierdza, że u wieśniaków wogóle wszystkie rany, nawet laparotomijne, goją się szczególnie dobrze. 2) Kol. Jasiński przedstawia chorą, u której po przyjęciu do szpitala rozpoznano ropne zapalenie opłucnej po stronie prawej; nakłucie bowiem, wykonane w dolnej części klatki piersiowej, wykazało płyn ropny. Dokładniejsze dopiero badanie wykryło, że to nie jest zapalenie opłucnej, ale otorbione zapalenie otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej, wypuszczeniu ropy i wydrenowaniu chora ma się dziś dobrze, niejasnym tylko pozostaje punkt wyjścia całej sprawy. Kol. Jasiński przypuszcza, że sprawa najprawdopodobniej wyszła z wyrostka robaczkowego, a nie z części rodnych, na które chora nigdy nie cierpiała. 3) Kol. Nowicki przedstawia preparat jelita grubego, w którem znajduje się kilkadziesiąt uchyłków i omawia różnicę między uchyłkami prawdziwymi i fałszywymi, jak również ich sposób powstawania; *b*) przedstawia ciekawe preparaty anatomiczno-patologiczne. *T.*

— Na ósme posiedzenie naukowe Towarzystwa lek. lwow. dnia 27 kwietnia b. r. zapowiedziane były wykłady drów: Feuersteina, Nowickiego, Leńki, Gittelmacher-Wilenko i Damańskiego.

Warszawa. Ze sprawozdania kasy im. Mianowskiego za rok 1905 zasługują na uwagę dane, dotyczące popierania nauk lekarskich. Na badania naukowe prócz dawniej przyznanych, a obecnie tylko wypłaconych zapomóg (drom M. Bornsteinowi, W. Męczkowskiemu i K. Rzętkowskiemu) przyznano w 1905 r. nowe zasiłki: dr. L. Karwackiemu (na badania bakteryologiczne), An. Landauowi (badania nad kwasem moczowym), P. Pręgowskiemu, K. Rzętkowskiemu (badanie zaburzeń krążenia) i M. Stefanowskiej (badania z zakresu fizyologii). Na wydawnictwa przyznano jedyną większą kwotę, 1600 rb., dr. J. Steinhausowi (podręcznik histologii patolog.), a drobne zasiłki dr. St. Kamieńskiemu (higiena) i dr. St Orłowskiemu (podręcznik chorób rdzenia i nerwów). Suma wszystkich zasiłków, przyznanych w tym dziale, wynosi 3513 rubli, a gdyby nawet doliczyć zasiłki na badania antropologiczne (dla pp. W. Sieroszewskiego i K. Stołyhwy) oraz embryologiczne (dla p. J. Tura), to dosięgnie ona 4663 rubli, to jest około 12 prc. ogólnej sumy rozdanych w r. 1905 zapomóg (33.593·43 rbs.). — Osobno rozporządza kasa funduszem na zapomogi dla tłómaczów obcych dzieł lekarskich, wynoszącym 7931·87 rbs. Ogólny bilans kasy zamknięto w 1905 r. kwotą 502.537 rbs.

— Dr Zalewski z Tomaszowa lubelskiego zesłany został do północnych gubernii, dr Bychowski z Warszawy skazany na miesiąc, dr Grzywiński z Biłgoraja (za wygłoszenie publicznie mowy po zniesieniu pierwszego stanu wojennego) na trzy miesiące więzienia. Na cały powiat biłgorajski pozostał jedyny lekarz w Tarnogrodzie (»Czasop. lek.« Nr. 3).

— Komitet dla badania raka powstał przy warszawskich Towarzystwach lekarskiem i higienicznem z inicyatywy dra J. Jaworskiego.

— W Łodzi pojawiło się nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Z różnych stron. W uzdrowisku leśnem dla dzieci pod Charlottenburgiem, otwartem w zeszłym miesiącu, zbudowany będzie dla dzieci krzywicą dotkniętych osobny barak sypialny, aby mogły jak najwięcej przebywać na powietrzu.

— Dla dzieci, upośledzonych umysłowo, nie nadających się ani do wychowywania z dziećmi prawidłowemi, ani też do zakładów dla idyotów, tworzy się w Niemczech drugi już zakład w Kirchrode pod Hannowerem na wzór zakładu w Zehlendorf pod Berlinem.

— Apteki szkolne, zaopatrzone w środki potrzebne przy nieszczęśliwych wypadkach i nagłych zachorowaniach, mają być utworzone w szkołach regencyi opolskiej.

— Nad oddawaniem osesków »na mamki« i dzieci na wychowanie na wieś poleciło namiestnictwo tyrolskie władzom sanitarnym rozciągnąć w przyszłości ścisły nadzór, ponieważ zdarzały się przypadki zakażenia całych rodzin kiłą przez oddane na wychowanie zakażone dziecko. Również rozciągnięty będzie w Tyrolu ścisły nadzór nad opieką nad obłąkanymi, matołkami, kalekami, głuchoniememi i t. p., pomieszczonemi w domach prywatnych i przytuliskach.

— We Wrocławiu powstaje osobne Towarzystwo naukowe, wyłącznie zajmować się mające promieniami Röntgena i ich zastosowaniem.

— Niemieckie Towarzystwo anatomiczne odbędzie w tym roku zjazd »wędrowny«, bo po obradach w Rostocku 1—5 VI. zaproszone zostało do Kopenhagi przez tamtejszy wydział lekarski, a stamtąd do Lund przez rektora uniwersytetu.

— Obok niemieckiej wyprawy pod kierunkiem Kocha zajmie się zbadaniem śpiączki afrykańskiej wyprawa francuska, którą urządza paryskie Towarzystwo geograficzne.

— Wydział lekarski paryski zorganizował w r. 1903 nieistniejący przedtem zakład medycyny sądowej; po studyach w tym zakładzie i po złożeniu osobnego egzaminu otrzymywali lekarze dyplom, wyraźnie to potwierdzający. Kandydatów do takiego dyplomu było jednak niewielu (17 w r. 1904 i 8 w 1905), tak, że francuskie ministeryum sprawiedliwości dla zachęty obecnie postanowiło, iż dyplom taki przy ubieganiu się o tytuł znawcy sądowego uwalnia od obowiązujących dotąd w tych razach 5 lat praktyki lekarskiej. »Semaine medicale« (Nr 16) podnosi, że wynikiem tego będzie powoływanie na znawców tylko lekarzy, posiadających ów osobny dyplom i upatruje w tem niebezpieczeństwo obniżenia wartości dyplomu lekarskiego we Francyi wogóle, gdyż coraz bardziej mnożą się takie specyalne dyplomy na podstawie osobnych egzaminów, bez których nie można zostać n. p. lekarzem marynarki, kolonialnym i t. p.

— Młodzież szkolna w Nancy zbadaną będzie z inicyatywy profesorów uniwersytetu co do stanu wzroku i słuchu przez tychże profesorów. (W Galicyi już dwukrotnie ofiarowali się lekarze — dr Landau J. i dr Markstein — zbadać dzieci szkolne bezinteresownie, by zastąpić brak lekarzy szkolnych. Oba razy władze szkolne odmówiły zezwolenia).

— W senacie francuskim zasiada obecnie 44 lekarzy. Wogóle we Francyi biorą lekarze bardzo znaczny udział w życiu politycznem. Clemenceau jest jednym z licznych ministrów, którzy byli lekarzami.

— Uniwersytet moskiewski ma przystąpić do zbiorowego wydania dzieł zmarłego w r. z. fizyologa Sieczenowa.

— Organizacya lekarzy ziemskich w gubernii moskiewskiej uchwaliła, że lekarze ziemscy, uwolnieni przez władze, mają prawo każdej chwili objąć te posady z powrotem; obsadzone więc one mogą być tylko tymczasowo (aż do ich powrotu) przez lekarzy, wyznaczonych przez organizacyę. Ktoby objął posadę bez jej zezwolenia, będzie bojkotowany pod względem towarzyskim. Lekarze, pozbawieni posad przez władze, otrzymują od organizacyi zasiłki.

— W Rosyi dopuszczono na uniwersytety ukończonych uczniów takich szkół średnich, które nie obejmują języków klasycznych, ale zresztą mają program gimnazyów, pod warunkiem złożenia uzupełniającego egzaminu z łaciny.

— W liczbie wyborców do sejmu państwowego rosyjskiego wybrano 90 lekarzy.

Zmarli: Dr. Vleminckx, prezes król. belgijskiej Akademii lekarskiej; dermatolog prof. Haslund w Kopenhadze w 62 r. ż.; anatom doc. Thomé w Strassburgu;

Dr. Władysław Wróblewski, wybitny laryngolog, ordynator szpitala ewangelickiego, w 46 r. ż. w Warszawie; liczne prace, z których oprócz przyczynków kazuistycznych wymienić należy prace nad gruźlicą gardzieli i krtani (1886/7, 1899), nad wyroślami adenoidalnemi (1889, 1891), o migdałku językowym (1892), o t. zw. ostrych ropniach przegrody nosa (1894), o krwotokach nosowych (1895), o późnej kile nosa (1896), o t. zw. „rhinitis caseosa" (1897), o ostrym ropotoku jamy szczękowej (1899), o nowotworach złośliwych migdałka podniebiennego (1904) ogłaszał przeważnie w „Gazecie lekarskiej", do której grona wydawniczego należał; kilka prac ogłosił także w „Medycynie" i „Przeglądzie lekarskim". Większość prac ś. p. Wróblewskiego są to wyczerpujące monografie, oparte na rozległem własnem doświadczeniu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Hewelke: O stosunku trwania ruchów do szmerów oddechowych. Dębiński: Kwestya zakażenia mieszanego w gruźlicy w świetle najnowszych badań. Biernacki (dok. z Nr. 14).

— *Medycyna* Nr. 15. Guranowski, Gałecki (c. d. z Nr. 14). — Nr. 16. Biernacki: Wskazania do leczenia karlsbadzkiego. Guranowski (dok. z Nr. 15).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 16. Kołaczkowski: O wartości nowszych sposobów badania czynności serca. Herman: O zapobiegawczem stosowaniu przekrwienia zastoinowego. Czyżewicz jun. i Nowicki (c. d. z Nr. 15).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 3. Maybaum: O przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Puławski: Sprawozdanie z I roku istnienia tanich kąpieli w Nałęczowie. Pełczyński i Fidler, Mazurkiewicz, Sochacki, Łuniewski i Borowiecki (c. d. z Nr. 2).

— *Zdrowie* Nr. 4. Wernic: W sprawie gospodarki zdrowotnej stołecznego miasta Warszawy. Bregman: O celach i zadaniach propagandy wstrzemięźliwości. Jarociński: Przyczynek do sprawy odkażania wody.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 16. Bakeš: Cholelithiasis. Mladejovsky (dok. z Nr. 15). Roubal: Kolumnisace pochwy. Zamazal: Cor fatigatum.

— *Liječnički Vijestnik* Nr. 4. † L. Rakovac. — Gutschy (c. d. z Nr. 3). Canjuga: Uporaba elektricitete u zdravstvene svrhe. Gundrum-Oriovčanin: Pucki učitelji i učiteljice i prvo hružanje pomoći kod nezgoda. — † Prof. Lobmayer.

— *Russkij Wracz* Nr. 13. Braunsztejn: Znaczenie drożdży w nowotworach złośliwych. Rybakow: Alkoholizm a dziedziczność. Ilin: Własności i chemiczne stosunki lecytyn, fityny i kwasów nukleinowych w zależności od ich chemicznego składu. Łowieniecki i Fofanow, Popow (dok. z Nr. 12).

— *Presse médicale* Nr. 30. Loeper: Trucizny, działające na tętnice i etyologia miażdżycy i stwardnienia tętnic. Dor: Sporotrichosis (mnogie ropnie podskórne). Pariset: Przedmiotowy sposób mierzenia parcia tętniczego. — Nr. 32. Dieulafoy: Kilka uwag o kiłowych zmianach tętnicy głównej. Brissaud i Moutier: „Dowolne" porażenia barku, a prawo o przypadkach wśród pracy. Landouzy: Przykurczenie palców *(camptodactylie)*, wczesne organiczne znamię skazy nerwowo dnawej *(neuroarthritisme)*. Albarran: Technika przyszywania nerki. Letulle: Pierwotne raki uchyłka Vatera. Jayle i Bender: Łuszczyca *(leucoplasie)* sromu, pochwy i macicy.

— *Semaine médicale* Nr. 16. Marinesco: Przyczynek do histologii i patogenezy wiądu. Severino: Prosty sposób wykrycia zagrażającego zapalenia jamy ustnej, nieznoszenia lub przesycenia lekiem w toku leczenia rtęcią.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Bartel: W sprawie gruźlicy. Cristoforetti i Merk: Rumień lombardzki we wczesnem dzieciństwie. Guzmann: Dwa przypadki zaćmy od pioruna. Stegmann: Uwagi o leczeniu choroby Basedowa promieniami Röntgena. Ludwig, Panzer, Zdarek i Mache: Chemiczno-fizyczne badania szczawy Vita z Sulz pod Güssing.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Kraepelin: Alkoholizm w Monachium. Bumke: O nieruchomości źrenic w napadzie histerycznym. Mörchen: Sprawozdanie z doświadczeń z proponalem. Dunger: O moczniczem zapaleniu nerwów. Lilienstein: W sprawie zużycia przez czynność nadmierną. Knauth: Osobliwy przebieg i obraz sekcyjny przewlekłej gruźlicy serca. Hengge: W sprawie zachowawczych operacyi mięśniaków. Küppers: Tłumik. Weichardt: Dalsze wiadomości z nowoczesnej nauki o odporności.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 16. Kolle i Wassermann: Próby uzyskania i oznaczenia wartości surowicy meningokokowej. Gutzmann: Zarys leczenia nerwowych zboczeń mowy. Jochmann: Nawrotowe porażenie nerwu okoruchowego jako powikłanie duru brzusznego. Flesch: W sprawie leczenia promieniami Röntgena w białaczce. Stuhl: Kiła wrodzona pod obrazem białaczki limfatycznej u noworodka. Rhese: Przyczynek do wiadomości o udziale ucha wewnętrznego po wstrząśnieniach głowy. Robbers: Zgorzel zastoinowa czy wskutek działania dwoinek zapalenia płuc? Classen: Przypadek krztuśca z ciężkimi objawami u dorosłego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Senator: O gnilcu. Goldscheider: Przypadek nerwicy serca i stwardnienia tętnic po urazie. Krönig: Znaczenie świeżych preparatów krwi dla lekarza praktycznego. Bickel i Pincussohn: O wpływie związku kreozotu z formaliną na wymianę materyi. Wohlgemuth: W sprawie zatrucia lysolem. Bruhns: Nowsze poglądy na zmiany kiłowe narządu krążenia w kile nabytej. Pick (dok. z Nr. 16); nadto 3 wykłady ze zjazdu balneologicznego.

Redakcya otrzymała: Dr. F. E. Fronczak: Foreign body in the lung. Odb. z „Buffalo med. Journ." 1896. — XXIV. Sprawozdanie Kasy im. Mianowskiego za rok 1905. — Doc. dr. Baurowicz: Eine Cyste der unteren Nasenmuschel. Odb. z „Archiv. f. Laryngol." — Prof. Kern: Mitteilungen aus dem kgl. kroatisch-slavonischen bakteriologischen Landesinstitute in Križevci. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 2 maja 1906 o godzinie 6 wieczorem w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracye. 2) Wykład dr. Nitscha: „O wściekliźnie".

VI Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbędzie się w Krakowie w **Domu Towarzystwa lekarskiego** (Radziwiłłowska l. 4) w niedzielę dnia 6 maja o godz. 4 popoł. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z V Walnego Zgrom. 2) Sprawozdanie wydziału. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Dyskusya nad sprawozdaniem. 5) Wnioski wydziału: *a)* w sprawie kasy pogrzebowej, *b)* zmiana statutu. 6) Wybory. 7) Wnioski i interpelacye.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska ze zdroju Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepsza i naturalna.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny: Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Creosotal

Creosotal „Heyden" jest najlepszym środkiem **przeciwgruźliczym**; należy go podawać naprzemian z duotalem. Jest on doskonałym **wewnętrznym** lekiem **przeciwzołzowym.** W dużych dawkach (10—15 g. dziennie, dla dzieci 1—6 g. w 4 częściach) jest pewnie i szybko działającym lekiem we wszystkich **ostrych chorobach dróg oddechowych** od zwykłych zaziębień aż do **najpowikłańszego zapalenia płuc.** — **Creosotal „Heyden"** ma czyste własności lecznicze kreozotu, jednak bez jego zgubnych własności żrących.

Salit

Płynny związek salicylu. Tanie, szybko uśmierzające ból **wcieranie** we wszelakich cierpieniach **gośćcowych** (rozcieńczony oliwą). **Z zewnętrznych** leków salicylowych **najmniej drażni** skórę, bo nie zawiera formaldehydu. Nie działa ubocznie na serce i nerki. Szczególnie skuteczny we wszelakich **bolach gośćcowych po zaziębieniu** (postrzał lędźwiowy), **w zapaleniach gośćcowych mięśni i ścięgien.**

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 4000 orzeczeń lekarskich. — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 21

J. Serravallo * Triest-Barcola.

Kraków — Dębniki, ulica Pocztowa 112, tuż przy moście.

LECZNICA

Dr. Cezara KOMOROWSKIEGO

otwarta przez cały rok dla chorych stałych i przychodnich. Postępowe urządzenia, — najnowsze metody leczenia.

Zakład sztucznych kąpieli mineralnych:

borowinowe (Francensbad), gazowe (a la Nauheim), solankowe, żelaziste, siarczano-mułowe (Ischl) rabczańskie, jodowe, sublimatowe, aromatyczne i t. d.

Hydroterapia wedle zasad Winternitza

kąp. o temp. stopn., kąp. falowe, nacierania, natryski, mięsienie.

Elektro- i mechanoterapia: 81

w chor. stawów i mięśni, porażeniach, zanikach i zesztywnieniach, leczenie skrzywień kręgosłupa najn. met. KLAPP-BIERA.

Inhalatoryum zbiorowe:

system termoakumalatorów i termovariatorów, inhalacye solankowo-alkaliczne, igliwiowe, guajacolowo-mentolowe, nasycanie ustroju środkami salicyl, jod, As, Fe, Hg i t. d. zawierającymi. W ostrych i przewlekłych katarach dróg oddechowych, sadyszce, dusznicy bolesnej, skazach o tle specyficznem.

Ambulatoryum chirurg.-ginekologiczne.

Irygacye gorące, kolpeuryza, masaż metodą Thure-Brandt.

Całodzienne utrzymanie 8 Koron, operacye i konsylia wedle umowy. — 1 kąpiel miner. 4 K. Pojedyncza inhalacya 1 K.

Zakład prowadzony tylko przez lekarzy.

Kraków — Dębniki, ulica Pocztowa 112, tuż przy moście.

SOLUTION DE DIGITALINE CRISTÉE

W tysięcznych **A. PETIT-MIALHE** Prawnie zastrzeżone

„Co do digitaliny, najważniejsze są jej pochodzenie i dawka: „należy używać „roztworu Petit-Mialhe, przyrządzonego według przepisu prof. Potaina, i to „tego właśnie a nie innego *(Wyciąg z urzędowego sprawozd. Dr. Fersola, sekr. akademii lekarskiej, na międzynar. zjeździe terapeut. w r. 1889)*"

Jedna kropla rozczynu odpowiada 1 centigr. fol. digital.

Dawka: od 1 do 50 kropli na dzień. 66

Paris. Pharmacie du Dr. Mialhe, Professeur agregé à la Faculté de Medecine, 8 rue Favart, Paris.

STANISŁAW GURGUL

CES. i KRÓL. DOSTAWCA DWORU w JAROSŁAWIU

POLECA WŁASNEGO WYROBU — POLECA WŁASNEGO WYROBU

MĄCZKĘ ODŻYWCZĄ DLA DZIECI.

WYCIĄG ZE SPRAWOZDANIA Doc. Dra IGNACEGO LEMBERGERA: 166

Mączka ta ulega łatwo i prawie całkowicie strawieniu, jak to wykazała próba trawienia sztucznego, przy której 93·36% uległo strawieniu. — Mączka ta wyszczególnia się nadto tem, że zawiera wielką ilość istot, ulegających strawieniu w żołądku dzieci nawet w tym wieku, kiedy zdolność trawienia istot skrobiowatych u tychże jest jeszcze minimalną. Ilość bowiem istot skrobiowatych w mączce badanej wynosi tylko 34·585%, gdy 56·61% istot nie licząc wody i soli mineralnych, przypadających na istoty białkowate, tłuszcze i cukry, ulegną wchłonieniu nawet u niemowląt w pierwszym okresie ich życia. Pod tym też względem przewyższa mączka dla dzieci ST. GURGULA podobny przetwór zagraniczny, a mianowicie mączkę KUFEKA.

Kraków, 28 maja 1905. Doc. Dr. IGNACY LEMBERGER.

Biszkopty, chleb, wszelkie pieczywa dla diabetyków.

Wynik analizy w porównaniu z wszystkiemi znanemi zagr. przetworami mączki dla dzieci, wysyła się na życzenie odwrotnie.

SPIS LEKARZY
ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr **Jekels, Ludwik,**
właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.

Kosów.
lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem“).

Rabka.
Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.

Truskawiec.
Dr **G. Gittelmacher — Wiłenko.**
Dr **Krzyżanowski E.,** radca cesarski, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg,** (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef,** (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Karlsbad.
Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).

Kissingen.
Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Marienbad.
Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried“).

Nauheim.
Dr **Łowiński.**

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Boulevard 17.

Kredyt osobisty!

Z poręczeniem i bez tegoż, dla oficerów, lekarzy, duchownych, urzędników dworskich, państwowych i prywatnych, nauczycieli, kupców, przemysłowców, handlowców, pań uprawnionych do pensyi i osób prywatnych wszelkiego rodzaju na 1/4—25 lat na spłaty miesięczne, 1/4, 1/2 lub całoroczne, przyczem kapitał i odsetki równocześnie się umarzają!

Specyalność: kredyt osobisty w myśl ankiety parysko-wiedeńskiej (kapitalizacya dochodu).

4%! 4%! 4%! 4%!

Kredyt rzeczowy!

od 300 kor w górę na I. II. i **III. hipotekę** dla właścicieli realności, gruntów, domów czynszowych, willi, **fabryk, zakładów kąpielowych, młynów, wód mineralnych i innych, kamieniołomów**, wogóle nieruchomości wszelkiego rodzaju aż do 3/4 części wartości szacunkowej.

Kredyty budowlane!

na budowle wszelkiego rodzaju w **2—3 ratach** w miarę postępu budowy. 70

Konwersye długów bankowych i prywatnych.

Kredyt wekslowy i reeskont dla kupców!

Nadzwyczaj rzetelnie! Szybko! Dyskretnie przez pierwszorzędne krajowe i francusko-angielskie instytucye.

Pierwszorzędne referencye! — Proszę żądać prospektu! Uprasza się o markę pocztową na odpowiedź!

MELLER L. EGYED, Budapeszt **V., Kohary-utcza 19/B.**

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.



PIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencyi słojowego szpiku kory drzewnej **Cascara Sagrada**, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancyi) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacyi lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI. Żądać podpis **L. MIDY.**

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 **faubourg St-Honoré, 143** w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

65

Bialska Fabryka Chemiczna „BESKID“

wyrabia i poleca najnowsze w wodzie zupełnie rozpuszczalne przetwory.

Formasol „Beskid“, idealne, niegryzące i przyjemnie pachnące antisepticum i znakomite desodorans.

Septosol „Beskid“, antisepticum pierwszorzędne, bez śladu kwasu karbolowego, w praktyce gynekologicznej bez konkurencyi będące, nie pozbawia palców zmysłu czucia.

Kreseptol „Beskid“, antisepticum i desinficiens, o znakomitem działaniu, specyalnie do grubej desinfekcyi się nadające.

Litanthrol „Beskid“, bez żadnej zawartości kwasu karbolowego, jako antisepticum i desodorans niezrównany przetwór.

Viscogen „Beskid“, jako viscogenum salicilicum jodatum, beta naphtoli chloroformi & camphorae aa. 33 1/3 %, chloroformi, litanthroli, chloroformi c. mentholo. salaethyli, i t. d. 228

Salaethyl „Beskid“, eter metylowo-etylowy kwasu salicylowego, identyczny chemicznie z t. z. mezotanem, w stanie albo zupełnie czystym, albo jako viscogenum „Beskid“ c. salaethylo.

Wazeliny lecznicze w tubach. — Każda flaszka i każda tuba z marką Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.

Przetwory „BESKIDU“ są polecone przez Komisye Przemysłową Tow. Lek.

Cenniki i probki W. P. Lekarzom bezpłatnie.

Nawet najwybredniejszych smakoszy potrafią zadowolnić Tutki cygaretowe

FRAM
z watą „Salvesol-Noris“.

Bibułka zrobiona jest z najdelikatniejszych włókien liści morwowych, więc nic dziwnego, że pali się lekko i równo, a dym jest łagodny i chłodny. Własność tę podwyższa jeszcze umieszczona w ustnikach **»Wata Salvesol«**.

Nadaje się do tytoni lekkich, mniej do średnio-mocnych — wskutek swego nader delikatnego włókna roślinnego. — Każdy palący tytoń, chcąc uniknąć zatrucia **nikotyną**, winien palić tylko w cygarniczkach szklanych z watą „Salvesol“. 74 b

Oryginalny pakiecik „Waty Salvesol“ wystarcza na 200-400 papierosów lub cygar.

Powyższe wyroby poleca Zakład przemsł. wyrob. papier. Mra W. BEŁDOWSKIEGO, Kraków 4.

1000 sztuk tutek „FRAM“ 3 korony, 10 Cygarniczek 1 kor. 20 h. Pakiet waty „Salvesol“ 30 lub 60 h.

Leukrol. Nowy, epokowy środek leczniczy, działa zdumiewająco szybko i bezwzględnie pewnie w bladnicy, niedokrwistości i wszystkich z tego wynikłych stanach. Szybkością i skutecznością działania przewyższa wszystkie dotąd znane i stosowane środki, jakkolwiek się nazywają i z czegokolwiek są złożone. Jedyny wewnętrzny lek swoisty, działający niezawodnie, a uderzająco w upławach białych nietryprowych. Dawka: Kołaczyków 5—6 na dzień. Wyciągu płynnego 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Haemorrhoisid. Nowy lek wewnętrzny, działający szybko i bezwzględnie pewnie przeciw **krwawnicom**, których uciążliwe objawy w 2—4 tygodni zupełnie usuwa. Dawki: Kołaczyków 3 na dzień. Wyciągu płynnego 3 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Thiovinal, zalecany przez lekarzy we wszystkich chorobach dróg oddechowych, nieżycie oskrzeli, gruźlicy płuc i t. d.

Extr. fluid. Orthos. Od wielu lat wypróbowany, znakomity lek przeciw kamieniom nerkowym, żółciowym, pęcherzowym, nieżytowi pęcherza, zatrzymaniu moczu i t. p., przewyższa wybornem działaniem znacznie najużywańsze wody mineralne. Dawka: 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej w filiżance ogrzanej wody.

Nirvenol. Działa uderzająco szybko w gośćcu, dnie, usuwa szybko bole po stłuczeniach, wykręceniach, naciągnięciach mięśni i t. p. Stosuje się jako wcieranie.

Piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom. — Sprzedaż tylko aptekom. —

Skład główny: G. & R. FRITZ, Wiedeń I. Bräunerstrasse 5, Droguerya en gros. 31

CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"
PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.



Fosfatyna Faliera

(Phosphatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. 62

KLISZE

na cynku, mosiądzu i miedzi do wszelkich wydawnictw, kart z widokami i t. d.

najlepiej wykonywa

Zakład reprodukcyi fototechnicznej

T. Jabłońskiego i Spółki w Krakowie

ul. Franciskańska 4. Nr. telefonu 614. 79



PIERWSZY ZAKŁAD BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY

H. BOGDANOWICZA

Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYAŃSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.

Specyalista brzusznych pasów. — Dla Pań damska obsługa.

Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz podeszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczno miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.

Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.

Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

VICHY ETAT — VICHY ETAT

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMES VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem: osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony
Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku. 159
Dwie flaszki wysyłam franco.
(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin
i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.
Wskazania: **blednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.**
Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50
Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68
H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.
Zastępca na Austro-Węgry:
Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz,
Wiedeń II/1, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.

Otwarta prenumerata na
„ХАРЬКОВСКIЙ МЕДИЦИНСКIЙ ЖУРНАЛЪ“

(Gazetę Lekarską Charkowską) wydawaną od stycznia 1906 roku przez Charkowskie Towarzystwo lekarskie. Raz na miesiąc zeszyt od 4—5 arkuszy druku, w lecie (od maja do września) raz na 2 miesiące. — Honoraryum autorskie 30 rub za arkusz druku.

Prenumerata roczna z przesyłką i doręczeniem 6 rub.
Adres: Харьковъ, Пушкинская 14.

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobólach.
Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.
Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.
Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.
Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.
Antypiryna zupełnie czysta.
Fenacetyna krystaliczna i w proszku.
Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:
Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.
Telefon 7992. 52

UPRASZA się PP LEKARZY ZAPISYWAĆ ZAWSZE
PIGUŁKI
BLANCARDA
Aprobowane przez Akademię Medyczną w Paryżu
i
SYROP
w PARYŻU
w BLADACZCE LYMFATYZMIE BLADOŚCI CERY SIFILISIE ORGANICZNYM
Blancard
40, Rue Bonaparte PARIS
Jedyne zespalające się z organizmem i skuteczne.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie **za najlepsze i najtańsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotaiem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „**fabr. ZAHRADNIK** in seat. orig“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152
Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

Dra Xawerego Gorskiego

Polski Przewodnik po Zdrojowiskach

Abacya — Birsztany — Busko — Bystra — Ciechocinek — Cirkwenica — Czarniecka Góra — Druskieniki — Grodzisk — Inowłódz — Iwonicz — Jaśkowice — Kossów — Krościenko — Krynica — Lubień — Marjówka — Meran — Morszyn — Nałęczów — Nowe Miasto — Ojców — Otwock — Pohulanka — Pustomyty — Rabka — Rymanów — Sławinek — Sławuta — Solec — Szczawnica — Szepetówka — Trenczyn — Truskawiec — Wysowa — Zakopane — Zawoja — Żegiestów — **z licznemi ilustracyami.** 230

Cena w ozdobnej oprawie kor. 4. — Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni G. GEBETHNERA i Spółki w Krakowie.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 k. — półrocznie „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k — półrocznie „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca **Dr. GURANOWSKI** (Jasna 6). Redaktor **Dr. med. SADOWSKI** (Krak.-Przedm. Nr 7. 103

TRUSKAWIEC

ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY ORAZ STACYA KLIMATYCZNA.

Ostatnia stacya kolejowa DROHOBYCZ.

Położony w kotlinie na wysokości 1200 stóp, posiada kąpiele: słone, słono-siarczane, borowinowo-żelaziste, elektryczne. Źródła słono-gorzkie do picia, oraz szczawę alkaliczną.

Urządzenia kąpielowe pierwszorzędne: Wanny porcelanowe, marmurowe, metalowe i drewniane.

Zakład inhalacyjny systemu Wassmutha. Leczenie elektrycznością, massagem, kuracya żętyczna i mleczna.

Mieszkania wzorowo urządzone. Sala balowa i teatralna. Lawn-tennis. Kręgielnia. Czytelnia. Kasyno. Własna orkiestra. Apteka, poczta i telegraf w miejscu. — Kościółek katolicki i cerkiew ruska. — Dwie restauracye zakładowe pierwszorzędne.

Sezon od 15 maja do końca września.

LEKARZE ZAKŁADOWI:

Radca cesarski **Dr. Edward Krzyżanowski** z Buczacza i **Dr. Tadeusz Praschil** ze Lwowa (ul. Gołębia L. 6).

Obszerną broszurę **o Truskawcu** wysyła na żądanie 229 **ZARZĄD.**

Zakład krowiankowy

Prof. Dra A. Barańskiego

we Lwowie przy ul. Chorąźczyzny l. 24

poleca Szan. Kolegom

krowiankę do szczepienia ochronnego przeciw ospie. 231

Dla rodziny służę gratis. *Dla rodziny służę gratis.*

Krowiankę nieużytą wymieniam bezpłatnie na świeżą.

MARIENBAD

CZECHY.

628 metrów, podalpejski klimat. Starodrzew. Zakryte położenie. — **Kreutzbrunn, Ferdinandsbrunn,** najsilniejsze wody z solą glauberską (5 gr. na litr). — Wskazania: choroby przemiany materyi, choroby serca, (otłuszczenie serca), wątroby, jelit, zaburzenia w krążeniu i t. d. — **Źródło Rudolfa,** wybitnie obfita zawartość węglanu wapna i magnu. — Wskazania: dna, cukrzyca, przewlekłe nieżyty miedniczek nerkowych, pęcherza i t. d. kamień nerkowy, przewlekłe nieżyty jelit i t. d. — **Źródło Ambrożego,** najsilniejsza czysta szczawa żelazista (0·177 gr. węglanu żelaza w 1 t ze). — Wskazania: niedokrewność, błędnica i t. p. **Waldquelle,** przy cierpieniach narządów oddechowych. **Naturalne kąpiele w kw. węglowym** w rozmaitych stopniowaniach. — **Kąpiele borowinowe (75.000 na sezon)** z własnych pokładów borowiny. — **Zakład wodoleczniczy.** — **Kąpiele parowe i elektryczne** — **Wdechiwania metodą Dra Bullinga.** — **Zakład balneologiczno-hygieniczny** — **Zakład Zanderowski.** — **Centralna mleczarnia.** 15

— Frekwencya 28.000. — Turystów 75.000. —

Prospekty bezpłatnie z urzędu burmistrzowskiego.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr tranu 0·20 jodku żelaza.

Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 157

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.